Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Philipps-Universität
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. h.c. Dr. jur. h.c. H. Stutte

Untersuchung zur Eltern-Kind-Beziehung in Familien mit einem epileptischen Kind

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades der Zahnheilkunde
dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
HARTWIG KEIL
aus Magdeburg

Marburg 1979

Fotodruck Symon und Wagner OHG · 3550 Marburg · Biegenstr. 5

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Philipps-Universität
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. h.c. Dr. jur. h.c. H. Stutte

Untersuchung zur Eltern-Kind-Beziehung in Familien mit einem epileptischen Kind

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades der Zahnheilkunde
dem Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
HARTWIG KEIL
aus Magdeburg

Marburg 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Universität Marburg am 14.9.1979

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Dekan: Prof. Dr. F.Neurath
Referent: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt
Correferent: Prof. Dr. Dr. H. Hering

Meiner Mutter gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546027_0034

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG UND LITERATURÜBERBLICK
   1.1 Statistische Untersuchungen
   1.2 Kasuistische Untersuchungen
   1.3 Testpsychologische und experimentelle Untersuchungen
   1.4 Tiefenpsychologisch orientierte Untersuchungen
   1.5 Sozialpsychologisch orientierte Untersuchungen

2. METHODIK DER EIGENEN UNTERSUCHUNG
   2.1 Fragebogen zum Anfallsgeschehen
   2.2 Fragebogen zu persönlichen und sozialen Daten
   2.3 Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung
   2.4 Skala zur Verhaltensbeurteilung durch die Eltern
   2.5 Freiburger Persönlichkeitsinventar
   2.6 Fragebogen für das Kind

3. STICHPROBE

4. ERGEBNISSE
   4.1 Zum Anfallsgeschehen
   4.2 Zu persönlichen und sozialen Daten
   4.3 Zur Eltern-Kind-Beziehung
   4.4 Zur Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern
   4.5 Persönlichkeitsstruktur der Eltern nach dem FPI
   4.6 Zu den Fragen an das Kind

5. DISKUSSION

6. ZUSAMMENFASSUNG

7. LITERATURVERZEICHNIS

8. ANHANG

1. EINLEITUNG UND LITERATURÜBERBLICK

Die moderne Epilepsietherapie ist häufig noch zu sehr an überkommene Vorstellungen gebunden. Das Hauptaugenmerk der Behandlung wird deswegen - auch wegen der oft dramatischen Begleiterscheinungen eines Anfalls - zu oft auf eine Ruhigstellung oder Unterdrückung der Anfälle durch Medikamente gerichtet. Es ist jedoch gleichermaßen erforderlich, die psychische und soziale Situation des Kranken zu beachten, um auch auf diesem Sektor helfend einzugreifen. Denn auch mit einer exakten Diagnose des Anfallsgeschehens und einer optimalen medikamentösen Therapie wird man dem anfallskranken Patienten subjektiv, aber auch objektiv, nicht immer gerecht. Wir müssen uns bei unseren Bemühungen darüber im klaren sein, daß wir den Patienten nicht als Einzelperson zu verstehen haben, sondern als Mitglied einer Gruppe, als Angehörigen eines Kindergartens, einer Schulklasse oder aber - und dies ist wohl der wichtigste Aspekt - als Familienmitglied. Deshalb darf sich die Therapie des Arztes nicht auf die Verordnung und Überwachung einer antikonvulsiven Therapie beschränken. Sie muß vielmehr durch eine besonders sorgfältige Anamnese den ganzen sozialen und psychologischen Hintergrund der Krankheit aufzudecken versuchen. Nur die gleichzeitige Berücksichtigung der psychischen und sozialen Auswirkungen dieser Krankheit schafft die Möglichkeit, für ein epileptisches Kind sich seinen Anlagen entsprechend zu entwickeln, nur so kann es seinen Fähigkeiten entsprechend gefördert und in all' seinen sozialen Bezügen angepaßt bleiben oder wieder angepaßt und rehabilitiert werden. JANZ (1958) meinte, daß die "soziale Therapie der Anfallsleiden erst das verwirkliche, was die medikamentöse Behandlung nur ermöglicht habe". Bei all' seinen Bemühungen darf der Arzt aber nie vergessen, daß jedes chronisch kranke Kind, also

auch das epileptische eine Belastung für die Eltern darstellen muß. Dorothea FREUDENBERG (1968) sieht die wesentlichen Ursachen für viele Verhaltensstörungen anfallskranker Kinder in der Sonderstellung, die das Kind in der Familie einnimmt, und in den Auswirkungen der Vorurteile, mit denen die Epilepsie auch heute noch belegt ist. Denn viele der sogenannten epileptischen Wesensveränderungen erwiesen sich nach KIRSCHMANN (1968) bei näherer Analyse als "psychoreaktive Verhaltensweisen auf die mißtrauische, beargwöhnende und abwertende Einstellung der Umwelt". Auch nach KANNER (1962) und RICHTER (1969) kann ein Teil der kindlichen Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsanomalien mit Einflüssen in Verbindung gebracht werden, die aus dem Verhalten der Eltern zu ihren Kindern resultieren. Dies trifft dann in besonderem Maße wohl auch auf die psychoreaktiven Störungen anfallskranker Kinder zu. In diesem Zusammenhang weist GÖTT (1965) darauf hin, daß die Mutter-Kind-Beziehung beim behinderten Kind noch viel verzweigter, unauswechselbarer und fixierter sind als unter ungestörten Bedingungen. Derselbe Autor stellt drei Gesichtspunkte in den Vordergrund, die man bei jeder Erörterung der sozialen Situation eines Anfallskranken beachten soll:

(a) Die Lebensprobleme Anfallskranker liegen nicht im Anfall, sondern in der mehr oder weniger tangierten Persönlichkeit.

(b) Er leidet weniger unter seinen Anfällen als unter dem unzweckmäßigen, isolierenden und diskriminierenden Verhalten seiner Umgebung.

(c) Die Verhaltensabweichungen des Anfallskranken sind nie ausschließlich hirnorganisch bedingt, sondern immer zugleich psychoreaktiv und milieuabhängig.

Wie sehr das Verhalten des Anfallskranken vom Milieu abhängt, geht aus einem Bericht der WHO über "juvenile Epilepsie" aus dem Jahre 1957 hervor, die einen auffallenden Zusammenhang zwischen schweren Verhaltensstörungen und einem zerrütteten Familienlieben bei Patienten mit Temporallappenepilepsie herausstellt. Nun hat es aber nach KLIEMKE (1963) keinen Sinn, beim Versagen eines Anfallskranken in sozialer Hinsicht nur über mangelnde Rücksichtnahme oder fehlendes Einfühlungsvermögen des Gesunden zu klagen. Auch kann man ganz allgemein die Wesensveränderung von Anfallskranken, ihre Verlangsamung, Gereiztheit, Verstimmung und Aggressivität nicht der Umwelt allein anlasten. Es kommt vielmehr darauf an, innere Bedingungen zu finden und äußere Umstände zu schaffen, durch die der Anfallskranke sein Verhalten weitgehend beherrschen kann.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Ursachen aufzufinden, die das Mutter-Kind-Verhältnis stören können und damit bereits in frühen Jahren Verhaltensstörungen der Kinder auslösen, die zu schweren Beeinträchtigungen der sozialen Anpassungsfähigkeit der Kinder führen. Die Arbeit bezieht die Persönlichkeitsstruktur der Eltern ein, verschiedene soziale Konstellationen mit ihren Rückwirkungen auf die Familie und Beurteilungen der Kinder und Daten zum Anfallsgeschehen. Das Kind entwickelt seine Fähigkeit zur Selbstreflektion bekanntlich erst um die Pubertät. Bis dahin empfindet das anfallskranke Kind zwar sein Anderssein, aber es kann sich vielfach noch nicht differenziert genug hierzu äußern. Eines wird ihm aber jedoch mit Sicherheit bewußt, nämlich die Tatsache, daß das Verhalten der anderen ihm gegenüber anders ist als gegenüber gesunden Kindern: Bevorzugung oder Vernachlässigung durch die Eltern, Ablehnung durch Erwachsene, Benachteiligung gegenüber den Spiel- und Klassenkameraden, sind Erlebnisse, die viele anfallskranke Kinder kennen.

Nicht selten wird das Kind aber auch Spott und Mißachtung spüren und durch diese Einflüsse in seinem Persönlichkeitsbild geprägt werden. Alle diese äußeren Faktoren verursachen Reaktionen, die sich zu den vielfach ohnehin vorhandenen psychischen Veränderungen addieren und den Krankheitsverlauf verschlimmern können. So kann es nicht ausbleiben, daß epileptische Kinder zu Problemkindern werden. Diese Erscheinungen treten unabhängig davon auf, ob zusätzlich eine Hirnschädigung vorliegt oder nicht.

In unserer Untersuchung an 80 anfallskranken Kindern und deren Eltern (in der überwiegenden Zahl der Fälle wurden die Mütter einbezogen) haben wir uns auf die Eltern-Kind-Beziehung beschränken müssen. Die Einbeziehung der weiteren Umgebung der Kinder hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt und soll einer späteren Untersuchung vorbehalten bleiben. Nach SCHWINGRUBER (1968) werden bei epileptischen Kindern vor allem zwei typische Fehlhaltungen der Eltern angetroffen:

(1) "Overprotection", bei der das Kind durch Verwöhnung, Unterlassen notwendiger Strafen, Nachsichtigkeit und andere Erziehungsfehler zu Unselbständigkeit erzogen wird. Tiefenpsychologisch kann "Overprotection" auch auf unbewußten Haßgefühlen beruhen.

(2) Das Gegenteil ist der Fall, wenn die Eltern die Krankheit ihres Kindes nicht wahrhaben wollen und manchmal das Kind sogar vor Verwandten und Nachbarn verstecken. Denn auch heute ist der Begriff "Epilepsie" mit dem Omen der Schande und der Unheilbarkeit belastet, und immer noch wird die Epilepsie mit Geisteskrankheit gleichgesetzt. Diese Einstellung trifft man in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, besonders noch in ländlichen Umgebungen.

Wir wollen mit unserer Arbeit feststellen, ob diese Fehlhaltungen der Eltern sich auch in den von uns untersuchten Familien objektivieren lassen, denn LUTZ (1969) sagt, wo das Hauptgewicht unserer ärztlichen Aufmerksamkeit liegen muß, wenn wir einen Epilepsiekranken betrachten: "Darauf, daß wir die drohenden psychischen Folgeerscheinungen zu vermeiden trachten. Sie sind es, die wir fürchten. Hinter jedem epileptischen Krampf lauern sie; wir bekämpfen den Krampfanfall letzten Endes ihretwegen".

Versucht man, die vorliegenden Untersuchungen zu den psychischen Auffälligkeiten epileptischer Kinder und zu ihrer familiären Situation unter methodischen Gesichtspunkten zu klassifizieren, so bieten sich folgende Kategorien an:
(1) statistisch orientierte Untersuchungen,
(2) kasuistische,
(3) testpsychologische und experimentelle Untersuchungen,
(4) tiefenpsychologische und
(5) sozialpsychologisch orientierte Untersuchungen.

Unter diesen Gesichtspunkten sollen im folgenden die wichtigsten Publikationen der letzten Jahre abgehandelt werden.

1.1 Statistische Untersuchungen

Untersuchungen zur Eltern-Kind-Beziehung sind in der Literatur nur selten beschrieben worden. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden wir auf diese wenigen Veröffentlichungen eingehen. Dabei werden auch solche Untersuchungen herangezogen werden, die sich nur am Rande mit unserer Fragestellung befassen, aber dennoch den einen oder anderen Hinweis geben können.

Ein zweifellos wichtiges Thema im Zusammenhang mit der allgemeinen und familiären Situation anfallskranker Kinder, aber auch Erwachsener, ist die Frage der Vorurteile, die auch heute noch in weiten Kreisen der Bevölkerung gegenüber Epileptikern anzutreffen sind. CAVENESS et al. (1965) haben in den Jahren 1949, 1954, 1959 und 1964 repräsenative Befragungen zur Objektivierung von Vorurteilen in der amerikansichen Bevölkerung durchgeführt und statistisch ausgewertet. Dabei zeigte sich zwar, daß die Aufklärung der letzten Jahre schon Erfolge aufweisen kann, daß sich aber nach wie vor noch viele Vorurteile gegenüber Epileptikern gehalten haben. Bei den Befragten stellte sich im Jahre 1959 heraus, daß 92 bis 95 % der befragten Erwachsenen etwas über Epilepsie wußten. Auf die Frage, ob sie ihre Kinder mit anfallskranken Kindern spielen lassen würden, antworteten mit "ja": 1949: 57 %, 1954: 68 %, 1959: 67 % und 1964: 77 %. Auf die Frage, ob sie Epilepsie für eine Geisteskrankheit hielten, antworteten mit "nein": 1949: 59 %, 1954: 68 %, 1959: 74 %, 1964: 79 %. Ob man Epileptiker an normalen Arbeitsplätzen beschäftigen könne, bejahten die Befragten wie folgt: 1949: 54 %, 1954: 60 %, 1959: 75 % und 1964: 82 %. In allen Untersuchungen waren die positiven Antworten in den oberen Gesellschaftsschichten häufiger vertreten. Oft zeigten sich signifikante Unterschiede in den Antworten, wenn die Befragten jünger, besser ausgebildet oder aus der Stadt waren. Bei den Befragungen stellte sich auch heraus, daß die Bevölkerung aus den Südstaaten, die ja ländlicher strukturiert sind, eine ungünstigere Meinung über die Epilepsie hatte als die Bewohner der industriealisierten Nordstaaten.

Untersuchungen aus anderen Ländern zur Frage der Vorurteile, so von MAJKOWSKI (1970) in Polen, HAUCK (1968) und REMSCHMIDT (1972) in der Bundesrepublik Deutschland führten zu ähnlichen Ergebnissen.

REMSCHMIDT (1972) konnte nachweisen, daß Anfallskranke noch von weiten Bevölkerungskreisen als pedantisch, jähzornig, ängstlich, mißtrauisch, sensibel, unsicher, egoistisch, als Einzelgänger, reizbar, nervös, traurig und launisch eingeschätzt werden. Die Anfallskranken unterliegen ganz sicher auch heute noch einer deutlichen Diskriminierung, wie sie von BRACKEN (1976) kürzlich auch für geistig Behinderte herausgestellt hat. Manches spricht dafür, daß derartig vorurteilsbelastete Einstellungen der Bevölkerung Rückwirkungen auf Anfallskranke und ihre Familien haben und somit in indirekter Weise psychische Auffälligkeiten begünstigen.

(2) Eine umfassende statistische Untersuchung zur Frage von Leistungs- und Verhaltensstörungen bei kindlichen Epilepsien hat Dorothea FREUDENBERG (1968) durchgeführt. An 380 anfallskranken Kindern der Universitätskinderklinik in Heidelberg hat die Autorin drei Bereiche näher untersucht: den intellektuellen Leistungsbereich, Art und Häufigkeit hirnorganisch bedingter Wesensveränderungen und Art und Häufigkeit reaktiver Verhaltensstörungen.

Im Hinblick auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit zeigte sich folgendes: Von der Gesamtgruppe der 380 Kinder erwiesen 57,5 % keine Leistungsminderungen (gemessen an den IQ-Werten) auf. Bei 42,5 % waren Intelligenzrückstände verschiedenster Art festzustellen, und 18 % der Kinder wiesen eine überdurchschnittliche Intelligenz auf. Bei einer Aufschlüsselung der Gesamtgruppe der Patienten in eine Gruppe symptomatischer und eine Gruppe genuiner Epilepsien ergab sich ein unterschiedliches Bild. Von den 70 Kindern mit genuinen Epilepsien zeigten 17,2 % unterdurchschnittliche Intelligenzleistungen (IQ unter 89), 51,4 % bewegten sich im Durchschnittsbereich (IQ 90 bis 109), und

31,4 % zeigten eine überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit (IQ über 110). Bei den 310 Patienten mit symptomatischen Epilepsien ergaben sich ungünstigere Verhältnisse: 48,4 % der Kinder wiesen unterdurchschnittliche, 36,8 % durchschnittliche und 14,8 % überdurchschnittliche Intelligenzquotienten auf. Eine weitere Aufschlüsselung der Patienten nach verschiedenen Anfallstypen zeigte, daß bei den Kindern mit symptomatischen Grand-mal Anfällen (n = 95), fokalen Anfällen (n = 44) und psychomotorischen Anfällen (n = 51) in etwa gleich hohe Quoten hinsichtlich unterdurchschnittlichen Intelligenzleistungen festzustellen waren: Die Quote der Kinder mit unterdurchschnittlicher Intelligenz betrug 43,1 %, 45,4 bzw. 45,1 %. Die Rate durchschnittlicher Intelligenzleistungen 41,0, 34,1 und 35,3 %, die Quote überdurchschnittlicher Intelligenzleistungen 15,9 %, 20,5 % und 19,6 %. Mit Abstand die ungünstigsten intelektuellen Leistungen zeigten die Kinder mit Propulsiv-Petit-mal. 90 % dieser Kinder wiesen unterdurchschnittliche Intelligenzquotienten, nur 6,7 % durchschnittliche und nur 3,3 % überdurchschnittliche auf. Bei den Patienten mit Absencen hingegen waren die besten intellektuellen Leistungen zu beobachten. Bei diesen Kindern (n = 48) betrug die Quote der Kinder mit unterdurchschnittlichen Intelligenzleistungen nur 8,3 %, während 64,6 % durchschnittliche und 27,1 % überdurchschnittliche intellektuelle Leistungen aufwiesen. Die ungünstige Prognose der Kinder mit BNS-Krämpfen wird auch in anderen Untersuchungen, z. B. von JEAUVONS (1973) bestätigt. Eine durchschnittliche Intelligenz besagt jedoch nicht, daß anfallskranke Kinder im kognitiven Bereich unauffällig sind. Bei der Durchführung des Bender-Gestalt-Tests fand FREUDENBERG, daß 54,2 % der Kinder mit normaler Begabung deutliche Störungen der Gestaltauffassung und der Visuomotorik zeigten, was auf qualitative Unterschiede der In-

telligenz und der kognitiven Funktionen hinweist. Auch in diesem Test erwiesen sich die Kinder mit symptomatischen Epilepsien als auffälliger als diejenigen mit genuinen Epilepsien. Die Auffälligkeiten waren überdies bei Kindern mit früherer Manifestation des Anfallsleidens ausgeprägter als bei solchen mit späterer Manifestation.

Im Hinblick auf eine hirnorganisch bedingte Wesensveränderung können zwei Syndromtypen unterschieden werden: Das erethisch-hyperkinetische Syndrom und das enechetische Syndrom. Ersteres ist gekennzeichnet durch ein überschießendes motorisches Verhalten, Antriebsüberschuß, Fehlen ausreichender Hemm- und Regulationsmechanismen, Fehlen von Müdigkeit, Impulsivität, ständige Reizsuche und Distanzlosigkeit, letzteres durch Antriebsarmut, Umstellungserschwernis, Perseverieren, intellektuelle Schwerbeweglichkeit und in der Folge durch soziale Isolation. Im Hinblick auf diese beiden Syndrome geht aus der umfassenden Untersuchung von FREUDENBERG (1968) folgendes hervor. Anzeichen einer Wesensveränderung waren bei 205 von 380 Kindern (53,9 %) festzustellen. Die Autorin kommt damit zu etwas niedrigeren Quoten als BAMBERGER und MATTHES (1959) , die in einem Krankengut von 208 anfallskranken Kindern in 65 % der Fälle eine Wesensveränderung fanden. Allerdings war deren Krankengut auch etwas anders zusammengesetzt. Der Anteil wesensveränderter Kinder erwies sich bei den symptomatischen Epilepsien als größer (61,3 %),während er bei den genuinen nur in 21,4 % der Fälle festzustellen war. Auch das Verhältnis von erethischem und enechetischem Verhalten lag bei den beiden ätiologischen Gruppen unterschiedlich: Unter den Patienten mit symptomatischen Epilepsien waren 70,5 % erethische und 29,5 % enechetische Patienten festzustellen. Bei den

Kindern mit genuiner Epilepsie fanden sich 46,7 % mit enechethischer und 53,3 % mit erethisch-hyperkinetischer Wesensveränderung. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer organischen Wesensveränderung wird mit zunehmender Intelligenzhöhe geringer. Ihre Häufigkeit zeigt auch eine Abhängigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der cerebralen Schädigung. Prä- und perinatal geschädigte Kinder waren wesentlich häufiger wesensverändert und zugleich intellektuell gemindert im Vergleich zu Kindern mit später eingetretener Schädigung. So betrug in der Gruppe der pränatalen Schädigung die Quote der Wesensveränderung 90,5 %, während bei Erkrankung nach dem dritten Lebensjahr nur noch 32 % der Kinder wesensverändert und 20 % intelligenzgemindert waren. Eine Aufschlüsselung nach der Anfallstypologie zeigte wiederum, daß Kinder mit propulsiv-Petit-mal Anfällen die höchste Quote an Wesensveränderungen aufwies (83,3 %), während die Kinder mit Pyknolepsien die geringste Rate an Wesensveränderungen zeigten (12,5 %).

Bei den reaktiven Verhaltensstörungen findet man eine Reihe von Wechselwirkungen zwischen intellektueller Leistungseinschränkung, organischer Wesensveränderung und Umwelteinflüssen. Unter ihnen sind insbesondere diverse Vorurteile, aber auch der Erziehungsstil und die familiäre Situation von großer Bedeutung. Im Hinblick auf letztere schreibt FREUDENBERG (1968): "Die Familie des Patienten erlebt die gegen die Krankheit bestehenden Vorurteile nicht nur als von außen auf sie zukommende, ungerechtfertigte Bedrohung ihres Ansehens, sondern leidet unter ihnen deshalb so besonders, weil sie - mehr oder minder bewußt in den Wertnorm ihrer Umwelt lebend - sie im Grunde teilt. Man will die Krankheit des Kindes nicht wahrhaben, schämt sich seiner, lehnt es ab, auch dann, wenn das Kind nicht durch einen intellektuellen Entwicklungsrückstand in besonderer Weise gekennzeichnet ist... Aber auch dann, wenn es den Eltern gelang, sich von den Vorurteilen der Umwelt freizumachen,

kann das Bedürfnis, ihr Kind vor der uneinsichtigen Umwelt zu schützen, sie zu übermäßiger Fürsorge für den Patienten und zu ungerechtfertigtem Mißtrauen der Umwelt gegenüber verleiten. Diese Haltung ist nicht weniger dazu angetan, die Entwicklung des Kindes in falsche Bahnen zu lenken" (S. 110). Reaktive Verhaltensstörungen anfallskranker Kinder sind nicht identisch mit der hirnorganisch bedingten Wesensveränderung. Sie können von der Symptomatik her sehr unterschiedliche Formen annehmen und sich z. B. in psychomotorischer Unruhe, depressiven Verstimmungen, erhöhter Reizbarkeit, in Stunden oder Tage andauernden Verstimmungszuständen, als aggressive Verhaltensdurchbrüche oder auch als hysterische Reaktionsbildungen äußern. Bei diesen reaktiven oder neurotischen Verhaltensauffälligkeiten ist eine alleinige medikamentöse Behandlung nicht ausreichend; im Gegenteil, gerade weil man mit der medikamentösen Therapie hinsichtlich der Anfallsbeherrschung große Erfolge hat, muß man sich der Psychopathologie und zum Teil auch Psychotherapie verstärkt zuwenden.

(3) Die einzige statistische Untersuchung, die sich direkt mit unserer Fragestellung befaßt, ist die von BARCIA und GOMES-FERRER (1968). Die Autoren untersuchten 50 Fälle langjähriger Epilepsie, um die Bedeutung der mütterlichen Haltung ihren epileptischen Kindern gegenüber herauszufinden. Alle anfallskranken Kinder entstammten den unteren gesellschaftlichen Schichten, so daß alle Fälle etwa gleiche soziale Voraussetzungen hatten. Oligophrene wurden von vornherein, 19 Fälle wurden wegen mangelnder Daten erst später ausgesondert. Das Durchschnittsalter der untersuchten anfallskranken Kinder betrug 9,3 Jahre. 62 % hatten zentrencephale Epilepsien, 32 % Temporallappenepilepsien und 6 % Petit-mal Anfälle. Die Anfälle traten bei 8 Fällen täglich, bei 11 Fällen wöchentlich, bei 6 Fällen monatlich und bei weiteren 6 Fällen jährlich auf. Von den Kindern zeigten: 25,8 % Aggressivität, 74,1 % Sturheit, 50,0 % Schuldgefühle und Selbstbestra-

fungstendenzen und 54,8 % inadäquate Abhängigkeit von der Mutter. Die Untersuchung der Persönlichkeitszüge der Mütter ergab bei 41,9 % Aggressivität, bei 34,4 % Schuldgefühle und Selbstbestrafungstendenzen. 83,8 % Angst, bei 48,3 % Overprotection, bei 67,7 % Reizbarkeit und bei 22,5 % eheliche Konflikte. 8 Mütter wiesen elektroencephalographische Störungen auf. Die Autoren unterzogen alle Fälle einer Faktorenanalyse nach der Methode von Thurstone. Sie fanden dabei heraus, daß das Verhalten der Mütter abhängig vom Geschlecht des Kindes und dessen Krankheitssymptomen ist. Außerdem stellten sie fest, daß die familiären Verhältnisse und das Verhalten der Mütter durch die Anfälle des Kindes beeinflußt werden und so zu ehelichen Konflikten führen können. Diese angespannten Familienverhältnisse wirken sich dann verschlechternd auf die Erkrankung des Kindes aus. Nach Auffassung der Autoren sind Aggressivität, Reizbarkeit und Angst die maßgeblichen Faktoren der Mütter im Verhalten zu ihren Kindern. Außerdem betonen sie, daß das Verhalten des anfallskranken Kindes nicht allein von der Hirnschädigung abhängt. Die Autoren leiten daraus auch ein wechselndes Verhältnis in der Mutter-Kind-Beziehung ab.

1.2 Kasuistische Untersuchungen

Wir fanden in der zugänglichen Literatur keine kasuistischen Untersuchungen, die sich direkt mit dem Problem der Mutter-Kind-Beziehung befassen, wohl aber eine Untersuchung von JEAUVONS et al. (1973), die sich mit der Langzeitprognose bei Kindern mit "West-Syndrom" befaßt. Wir haben sie deshalb mit in diese Arbeit aufgenommen, weil wir glauben, daß die Ergebnisse der Untersuchung bei der Beantwortung der Frage der Eltern zur Prognose der Krankheit dienlich sind. Von der Antwort wird die Haltung in vielen Fällen nicht unbeeinflußt bleiben können.

Von JEAVONS (1973) und seinen Mitarbeitern wurden 104 Jungen und 46 Mädchen mit BNS-Krämpfen mehrere Jahre lang beobachtet. Von den 150 Kindern wurden 105 mit Steroidpräparaten behandelt. 33 Kinder starben; fast alle anderen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens 5 Jahre alt. Von den Kindern, deren Entwicklung bis zum Auftreten der Krämpfe normal verlief (dies waren die Kinder mit kryptogenetischen Epilepsien und die mit Krämpfen, die nach irgendwelchen Impfungen auftraten), erholten sich 37 %. Diese Kinder konnten in normale Schulen geschickt werden. JEAUVONS (1973) glaubt, daß man dies auf die erfolgreiche Behandlung mit Steroiden zurückführen kann. Wichtig seien in diesem Zusammenhang die kurze Krankheitsdauer (weniger als zehn Monate) und das Fehlen anderer Anfallsarten gewesen. Wenn ein früherer Krankheitsbeginn oder bereits eine pathologische Entwicklung oder Rückständigkeit vorlag, so war dies fast immer ein Zeichen für eine schlechte Prognose. Im allgemeinen bedeutete dies einen letalen Ausgang der Krankheit oder wenigstens schwere cerebrale Schädigungen mit Intelligenzdefekten. Zu den Zeichen für eine schlechte Prognose zählten auch: lange Krankheitsdauer, das gleichzeitige Vorhandensein anderer Anfallsarten und Anzeichen einer cerebralen Schädigung oder Erkrankung. Im Zusammenhang mit unserer Fragestellung muß also berücksichtigt werden, ob den Eltern des anfallskranken Kindes mit BNS-Krämpfen vom Arzt die Gefährlichkeit und eventuell auch die Hoffnungslosigkeit mitgeteilt wurde.

Die andere Arbeit, die in diesem Zusammhang besprochen werden soll, stammt von R. LEMPP (1964). Sie gehört allerdings nur bedingt in den Rahmen der kasuistischen Untersuchungen. Wenn wir sie trotzdem schon hier aufnehmen, so deshalb, weil der Autor anhand seiner Untersuchung, wie die vorher zitierte Arbeit auch, auf die psychologische Seite der Epilepsie im Kindesalter hinweist. Nach

Ansicht von LEMPP (1964) zeigen die meisten Kinder mit cerebral-organischen Anfällen nicht das Psychosyndrom mit Verlangsamung, haftender und perseverierender Wesensart oder aufbrausendem Wesen, das nach früherer Ansicht zur Epilepsie gehörte und bei vielen erwachsenen Epileptikern angetroffen wird. Allerdings zeigten die anfallskranken Kinder dennoch Verhaltensauffälligkeiten. Doch sind diese Wesensänderungen wohl eher auf die Hirnschädigung der anfallskranken Kinder zurückzuführen, da der Verfasser die gleichen Wesensänderungen auch bei hirngeschädigten Kindern fand, die keine Anfälle hatten. Dieses "frühkindliche exogene Psychosyndrom" konnte der Verfasser bei den meisten anfallskranken Kindern beobachten. Kennzeichen dafür waren ein oft gestörtes Distanzgefühl, durch das die Kinder meist ungezogen wirkten, eine erhöhte Ablenkbarkeit, erhöhte Reizempfindlichkeit bei oft erhöhter Kontaktfähigkeit. Da die Kinder ihre Verhaltensweisen oft schlecht selbst beurteilen können, ist ihre Anpassung an die Umwelt erschwert. Generell ist nach Ansicht des Verfassers die Intelligenz nicht vermindert, doch liegt häufig eine Störung der visuomotorischen Fähigkeiten vor. Auch können die Kinder eine gewisse motorische Unruhe zeigen. Dieses "frühkindliche exogene Psychosyndrom" gleicht nach Ansicht von LEMPP (1964) weitgehend dem von BAMBERGER und MATTHES (1959) beschriebenen "erethisch-hyperkinetischen Syndrom". Bei einer kleinen Gruppe von Kindern findet man nach LEMPP (1964) aber auch die "typische epileptische Wesensänderung". Diese würden den enechetischen Kindern nach FREUDENBERG (1969) entsprechen. Allerdings ist nicht gesichert, ob diese Wesensänderung in direktem Zusammenhang mit der Epilepsie steht oder nicht. Da man diese Wesensänderung auch bei nicht epileptischen Kindern antreffen kann, wird dieser Zusammenhang von anderen Autoren bezweifelt. Nach LEMPP (1964) muß bei der Suche nach der Ursache für die Wesensänderung sowohl der Effekt der langdauernden Therapie

als auch der Einfluß der Umweltfaktoren beachtet werden. Die Wesensbesonderheiten müssen unterschieden werden von "psychischen Paroxysmen, die ihrerseits epileptischen Äquivalente sein können" (LEMPP, 1964).

1.3 Testpsychologische und experimentelle Untersuchungen

Eine der wenigen deutschsprachigen Arbeiten, die sich mit der Mutter-Kind-Beziehung bei epileptischen Kindern befaßt, ist die Untersuchung von NAVRATIL und STROTZKA (1954). Sie selbst nennen ihre Untersuchung "eine experimentell - psychologische Studie". Bei der Beschreibung der verschiedenen Elternhaltungen beziehen sich die Autoren besonders auf das Lehrbuch der Kinderpsychiatrie von KANNER (1962), der Elternhaltungen nach heilsamen und schädigenden Einflüssen einteilt. Auf diese Einteilung werden wir an anderer Stelle noch einmal zurückkommen. Bei der Beschreibung des Untersuchungsplanes machen die Autoren einen Exkurs über die Bedeutung psychologischer Tests in der Psychiatrie. Zur Durchführung sollte ein Fragebogen entwickelt werden, der folgende Verhaltenskategorien erfassen mußte:

(1) Ablehnung
(2) Schuldgefühl, Selbstbestrafung
(3) Überbetreuung
(4) Unselbständigkeit
(5) Angst
(6) Aggression
(7) Ehrlichkeit, Selbstkritik (Die Beantworung dieser Fragen sollte einen Hinweis auf die Verwertbarkeit der übrigen Aussagen geben.)

Insgesamt wurden der Mutter 40 und dem Kind 20 Fragen vorgelegt. Außerdem wurde vom Untersucher eine 15 Punkte umfassende Anamnese aufgenommen. Die Fragen wurden von 100 Müttern und 60 Kindern beantwortet. Als Vergleichsgruppe standen 100 Hortkinder zur Verfügung. Allerdings wird von den Autoren eingeräumt, daß diese Gruppe keine

Normalgruppe darstellt. Sie soll auch nicht als Stichprobe einer Normalbevölkerung aufgefaßt werden. Bei der Auswertung der so gefundenen Daten kommen die Verfasser zu der Überzeugung, daß die Mütter anfallskranker Kinder mehr unbewußte, feindselige Tendenzen zeigen als die Mütter mit gesunden Kindern. Auch seien die Mütter der anfallskranken Kinder häufiger deprimiert und ängstlich, weil sie an Schuldgefühlen leiden. Als Wiedergutmachung neigen sie in verstärktem Maße zur "Overprotection". Bei der Beurteilung der Kinder kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß das anfallskranke Kind eher zur Aggression neigt als gesunde Kinder und daß es häufiger unselbständig und ängstlich ist. Die von NAVRATIL und STROTZKA (1954) im einzelnen gefundenden signifikaten Unterschiede bei der Beantwortung einiger Fragen werden wir bei der Diskussion unserer Ergebnisse als Vergleich bei identischen Fragen mit heranziehen. Das gleiche werden wir mit den noch zu besprechenden Ergebnissen einer Arbeit von BAGLEY (1971) machen, der sich mit einem ähnlichen Problem beschäftigt hat

BAGLEY (1971) führt bei der Beschreibung seiner Untersuchungsmethode aus, daß er eine Reihe von Maßregeln der sozialen, psychologischen und biologischen Aspekte der kindlichen Epilepsie herausfinden wollte. Durch Interviews eines Psychiaters und eines psychiatrischen Sozialarbeiters mit dem Kind und seinen Eltern (in den meisten Fällen der Mutter) und durch eine 4-Punkte-Skala, die von Spezialisten angefertigt wurde, die nichts über die Absichten wußten, wurden 39 Symptome kindlicher psychiatrischer Verhaltensstörungen aufgenommen. Die Angewohnheiten der Eltern und ihr Verhalten ihren anfallskranken Kindern gegenüber wurde durch den Gebrauch der Methode herausgefunden, die von BROWN und RUTTER (1966) vorgeschlagen wurde. Ein weiteres Interview wurde dann von einem psychiatrischen Sozialarbeiter mit den Eltern geführt. Aus diesen Interviews wurden 18 Items elterlicher Verhaltensweisen und Angewohnheiten berechnet und auf

einer 5-Punkte-Skala aufgetragen. Die Kriterien für die Berechnung wurden von einer Gruppe von 5 Mitarbeitern diskutiert und dann unabhängig eine Anzahl von Krankengeschichten herausgesucht. Bei Unstimmigkeiten wurden Interviews noch einmal diskutiert und ausgewertet, bevor eine endgültige Einstufung vorgenommen wurde. Anfallsmuster wurden von einem Neuropsychiater festgelegt, der von den Einstufungen der anderen Mitarbeiter nicht wußte. Eine gleichartige, aber ebenfalls unabhängige Einteilung wurde nach den EEG-Aufzeichnungen von einem Spezialisten auf diesem Gebiet vorgenommen. Die 39 Items kindlicher psychiatrischer Verhaltensweisen und die 18 Items elterlicher Verhaltensweisen und Angewohnheiten ihren Kindern gegenüber wurden Faktorenanalysen unterzogen, um die wichtigsten Komponenten herauszufinden. Außerdem wurden für jedes Kind von den ersten fünf Komponenten jeder Analyse eine Faktorenanalyse berechnet. Dabei wurden für die Faktorenanalyse folgende zehn Variablen angewandt:

1. Aggression, 2. Angst - Furchtsamkeit, 3. Abnormes sexuelles Verhalten, 4. Depressiv psychotisch, 5. Aggressive Phantasie, 6. Kritik der Mutter, 7. Kritik des Vaters, 8. Overprotection der Mutter, 9. Überehrgeiz der Mutter und 10. Mutter depressiv und nicht unterstützend. BAGLEY (1971) kommt in dieser Untersuchung an 118 anfallskranken Kindern zu dem Schluß, daß neurologische, soziale und psychologische Varianten alle mit Verhaltensstörungen verbunden sind. Dabei sind diese Varianten untereinander weitgehend unabhängig. Mit dem Lern- und Leistungsverhalten und dem emotionalen Verhalten befassen sich mehrere Untersuchungen von STORES und Mitarbeitern.

Eine erste Studie (STORES und HART, 1976) war den Leseschwierigkeiten epileptischer Kinder gewidmet. Die Autoren untersuchten 17 Kinder (10 Jungen und 7 Mädchen) mit einer generalisierten Epilepsie und verglichen sie mit 10 anfallskranken Kindern, die an fokalen Epilepsien litten.

Es wurden verschiedene Testverfahren durchgeführt, die sich insbesondere auf Sprachverständnis und Leseleistung bezogen. Dabei zeigte sich, daß die anfallskranken Jungen schlechtere Leseleistungen als die anfallskranken Mädchen aufwiesen. Bei einer Einteilung nach Maßgabe der EEG-Befunde waren diejenigen Kinder (Jungen und Mädchen) am auffälligsten, die temporal links hypersynchrone Aktivität in Form von Spike-Entladungen zeigten. Daß sich die schlechteren Leseleistungen der Jungen nicht auf allgemein vorliegende Geschlechtsunterschiede zurückführen lassen, zeigte die Tatsache, daß derartige Differenzen zwischen anfallskranken und nicht-anfallskranken Mädchen nicht gefunden wurden, während sie zwischen epileptischen Jungen und gesunden Kontrollkindern nachweisbar waren. Eine Abhängigkeit der Befunde von der medikamentösen Behandlung ließ sich nicht nachweisen. In einer zweiten Studie (STORES et al., 1978) wurden anfallskranke Jungen und Mädchen hinsichtlich ihres Aufmerksamkeitsverhaltens verglichen. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, daß Jungen mit einer Epilepsie eine stärkere Beeinträchtigung ihres Aufmerksamkeitsverhaltens aufwiesen und somit leichter ablenkbar waren als anfallskranke Mädchen. Die dritte Studie (STORES, 1977) beschäftigte sich mit Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere mit dissozialem Verhalten, Angst, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und sozialer Isolation. Wie in den bereits zitierten Studien konnte auch hier der Befund reproduziert werden, wonach epileptische Jungen auch hinsichtlich der genannten Verhaltensvariablen auffälliger waren als anfallskranke Mädchen, wobei diejenigen Kinder mit fokalen Entladungen im linken Temporalbereich am meisten gestört waren. Schließlich zeigte sich auch in der vierten Untersuchung (STORES und PIERAN, 1978), daß anfallskranke Jungen, besonders solche mit paroxysmalen Entladungen im linken Temporalbereich eine stärkere Abhängigkeit (Mutterbindung, Unselbständigkeit) aufwiesen als anfallskranke Mädchen.

Diese Ergebnisse werfen interessante Fragen auf. Sie zeigen zunächst, daß auch im Bereich der Epilepsien auf Geschlechtsunterschiede stärker geachtet werden muß. Hinsichtlich der Deutung kann noch keine endgültige Aussage getroffen werden. Die Befunde lassen sich jedoch möglicherweise mit der Theorie von TAYLOR (1969) in Einklang bringen, wonach die beiden Hirnhemisphären unterschiedlich rasch reifen (die rechte Hemisphäre rascher als die linke), wobei der Reifungsablauf bei Mädchen wesentlich rascher verläuft. Daraus schließt TAYLOR, daß die linke Hemisphäre der Jungen aufgrund ihrer langsamen Ausreifung besonders vulnerabel ist.

1.4 Tiefenpsychologisch orientierte Untersuchungen

LENNOX (1966) machte 1966 eine Untersuchung, bei der er die Eltern von 118 anfallskranken Kindern im Alter zwischen 3 und 15 Jahren nach ihrer Meinung über die Ursache der Anfälle befragte. 43 Eltern brachten immerhin 53 "Theorien" vor, manchmal auch mehrere gleichzeitig. Die Skala reichte von: er hat mehr Anfälle, wenn er gelangweilt und ruhig ist, bis zu: er hat mehr Anfälle, wenn er aufgeregt und übermüdet ist. LENNOX (1966) teilte die vorgebrachten Antworten in vier Gruppen ein. Psychologische Ursachen bildeten die erste Gruppe. Die zweite Gruppe enthielt physische Verletzungen (ausgenommen waren von vornherein Schädel-Hirn-Traumen). Gruppe drei enthielt Vererbungstheorien und Gruppe vier alle übrigen vorgebrachten Ansichten. Unter diesen Gruppen war die erste die stärkste. Die Vorstellungen innerhalb dieser Gruppe reichten von Ängstlichkeit, über die Schulschwierigkeiten, ärmliche häusliche Verhältnisse, Eheschwierigkeiten bis Depressionen oder Hoffnungslosigkeit. Aber auch zu spätes Ins-Bett-Gehen, unglückliche Liebe und "Herumtreiben" waren vertreten. In der zweiten Gruppe wurden, wie oben erwähnt, erst einmal alle Schädel-Hirn-Traumen und Geburtsschädigungen ausgeschlossen. Ein Vater und eine Adoptivmutter waren der

Überzeugung, daß die Anfälle durch sie verursacht wurden, als sie ihre Kinder in Zorn geschlagen hatten. Zwei Mütter machten die Knallerei eines Feuerwerks verantwortlich, während eine Mutter der Meinung war, die Anfälle seien erst in Folge eines ersten Anfalls gekommen. Zwei Mütter machten das Einsetzen der Regelblutung, eine die Obstipation ihrer Tochter verantwortlich. In dieser Gruppe fand sich auch ein Fall von typischer Fehlinterpretation eines medizinischen Vorgangs. Eine Mutter hatte bei der Ableitung des EEG's zugesehen und war nun der Meinung, das menschliche Gehirn bestehe aus Drähten. Bei ihrem Sohn seien nun einige Drähte nicht isoliert und wären deshalb leichter zu erregen. Auf diese Weise entstanden ihrer Meinung nach die Anfälle. Eine normal begabte Frau machte zu große Zähne in einem zu kleinen Kiefer für die Anfälle verantwortlich. In der dritten Gruppe gab es nur eine Theorie. Ein Vater machte die Mutter für die Anfälle verantwortlich, weil in ihrer Familie Geisteskrankheiten vorgekommen seien. Er war von dieser Überzeugung nicht abzubringen, obwohl ihm unabhängig voneinander von zwei Ärzten ein Geburtstrauma als Ursache beschreiben worden war. In der letzten Gruppe waren zwei Meinungen vertreten. Eine Mutter war der Überzeugung, ihr Sohn sei von bösen Dämonen besessen und sie wolle mit ihm nach Hause fahren. Dort solle der Priester mit ihm beten. Sie glaubte, daß dies der einzige Weg sei, ihren Sohn von seinen Anfällen zu befreien. Die andere Mutter sah in den Anfällen ihres Kindes die gerechte Strafe dafür, daß sie mit dem Vater des Kindes bereits drei Jahre zusammengelebt hatte, bevor sie ihn heiratete. In seiner Untersuchung kommt LENNOX (1966) zu dem Schluß: "Educated people do not b e l i e v e that epileptics are possessed by demons, nevertheless, many a c t as though they do".

Im Jahre 1953 haben WERBENJAK und STROTZKA (1953) eine Arbeit veröffentlicht, die sich mit der Mutter des epileptischen Kindes auseinandersetzt. Dabei wurden aus dem Krankengut der Wiener Ambulanz für anfallskranke Kinder

wahllos 100 Fälle herausgegriffen und die Mütter untersucht. 54 der Mütter waren zum Zeitpunkt der Geburt des epileptischen zwischen 20 und 30 Jahren alt. 44 Mütter waren zwischen 30 und 40, während 2 Mütter über 40 Jahre alt waren. In 16 der 100 Familien waren auch andere Angehörige an Epilepsie erkrankt, in zwei Familien traten Geisteskrankheiten auf. Von den 100 Kindern lebten 78 bei den Eltern, 4 bei der Mutter, 2 beim Vater, 2 bei Pflegeeltern, 12 bei einem Elternteil und Stiefmutter oder Stiefvater und 2 Kinder in Heimen. In 22 % der untersuchten Fälle lagen also gestörte Familienverhältnisse vor. 58 Mütter litten zum Zeitpunkt der Untersuchung oder in ihrer Jugend an Depressionen, Ängstlichkeit oder Nervosität. Obwohl immerhin 86 von 100 Müttern an eine Besserung oder gar Heilung der Krankheit glaubten, lehnten 16 eine spätere Heirat des Kindes generell ab, während sich 36 noch nicht festlegen wollten. Die Autoren folgern daraus, daß die Beziehung der Mütter zu ihren anfallskranken Kindern erheblich fester ist als zu den gesunden. Diese Beziehung sei in den meisten Fällen allerdings "sadomasochistisch". Von den 100 anfallskranken Kindern waren 48 Jungen und 52 Mädchen. Acht von ihnen waren nicht-ehelich geboren. 48 Kinder waren nach Angaben der Mütter nicht erwünscht, doch sind die Autoren der Auffassung, daß diese hohe Zahl auf eine a-posteriori-Umdeutung zurückzuführen ist. In 72 Fällen fanden die Autoren eine auffällig starke Bindung an die Mutter. 90 Mütter lehnen eine Unterbringung ihres Kindes in einem Heim grundsätzlich ab. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß 76 Mütter durchschnittlich intelligent waren, 8 waren überdurchschnittlich intelligent, während 16 debil waren. Nur mit den wenigsten Müttern war eine echte Zusammenarbeit und Beratung möglich. Daraus entstehen auch die meisten Schwierigkeiten zwischen dem Arzt und den Müttern anfallskranker Kinder. Aus diesen Spannungen heraus wechselten 60 % zweimal, 26 % fünfmal und 10 % mehr als fünfmal den Arzt. Nur 4 % wechselten im

Laufe der Behandlung den Arzt überhaupt nicht. Die Verfasser stellen in diesem Zusammenhang fest, daß es auch häufig mit den Lehrern von anfallskranken Kindern zu solchen Spannungen kommt. Gerade aber für das epileptische Kind seien Verständnis und Zusammenarbeit mit den Lehrern und den Mitschülern für seine Entwicklung von großer Bedeutung. Viele Mütter kommen mit ihren Kindern erst bei der Schulentlassung des anfallskranken Kindes, weil sie nicht wissen, welchen Beruf das Kind ergreifen soll. 18 Mütter wünschen eine geistige Tätigkeit für ihr Kind, 50 eine handwerkliche. 32 Mütter äußerten noch keine Meinung, weil das Kind noch zu jung war. Viele Mütter, die zu Overprotection neigen, hatten Angst, ihr Kind könne während der Arbeit Anfälle bekommen. Aus diesem Grund wollten sie ihr Kind am liebsten zu Hause behalten. 68 Mütter waren mit der häuslichen Situation zufrieden, 8 würden lieber einem Beruf nachgehen, 12 teilten Ehe- und Berufsleben und 12 Mütter waren mit ihrer gegenwärtigen Situation nicht zufrieden. Von den 100 Müttern waren nach Angabe der Verfasser 16 sehr gut zu beeinflussen. Bei 60 war die Einflußnahme gut, während 22 nicht zur Mitarbeit bereit waren. Bei diesem relativ positiven Ergebnis muß allerdings berücksichtigt werden, daß die Mütter mit ihren Kindern auf die medikamentöse Behandlung sehr gut, 48 gut und 16 schlecht ansprachen. Die Autoren erwähnen als Nebenbefund, daß Ärztinnen, Kindergärtnerinnen, Krankenschwestern und Lehrerinnen, die ein epileptisches Kind hatten, nur sehr schwer zur Mitarbeit zu bewegen waren. Den Autoren dränge sich immer das Gefühl einer unbewußten Sabotage der Behandlung auf. Allerdings würde sich dieses Phänomen statistisch nicht absichern lassen. WERBENJAK und STROTZKA (1953) kommen zu dem Schluß, daß eine erfolgreiche Behandlung eines epileptischen Kindes nur dann erfolgen kann, wenn sie die familiäre Situation und die Beeinflussung durch die Mutter mit berücksichtigt. Sie sind der Meinung, generell eine typische Einstellung der Mutter

des epileptischen Kindes im Sinne von Überprotektion und dominierenden Schuldgefühle nachweisen zu können.

1.5 Sozialpsychologisch orientierte Untersuchungen

Sozialpsychologische Untersuchungen beziehen vielfach auch tiefenpsychologische Ansätze ein. Aus diesem Grunde ist eine scharfe Abtrennung zu dem vorstehenden Abschnitt 1.4 nicht ohne weiteres möglich.

Von Dorothea FREUDENBERG (1971) stammt eine Arbeit, die sich mit den Widerständen gegen die antikonvulsive Therapie bei den Angehörigen epileptischer Kinder befaßt. Aus dieser Arbeit wollen wir nur die Teile erwähnen, die sich mit den Widerständen der Eltern auseinandersetzen. Die Autorin beschreibt erst einmal die Arten und Weisen, wie sich diese Widerstände äußern können. Am einfachsten sei es, wenn die Eltern ihre Ablehnung offen zugeben. Allerdings müssen die vorgebrachten Vorbehalte nicht unbedingt mit den eigentlichen Motivationen übereinstimmen. Schwieriger wird es, wenn die Eltern zwar angeben, sie seien zur Mitarbeit bereit, dies in Wirklichkeit aber gar nicht wollen. Oft sind sie durch den Arzt eingeschüchtert, oder sie wollen zumindest seine Bereitschaft, dem Kind zu helfen, nicht verlieren. Sie trauen sich nicht, offene Kritik an der Therapie vorzubringen. Manchmal gestehen sich diese Eltern ihre Ablehnung nicht einmal selbst ein, weil sie ihrem Kind im Grunde ja helfen wollen. Eine andere Form des Widerstandes muß nach D. FREUDENBERG (1971) besonders beachtet werden. Wenn das Kind trotz Androhung von Strafe oder Belohnung seine Tabletten nicht nehmen will, sollte man an zwei Möglichkeiten denken: Einmal kann das Kind die Ablehnung der Medikamente durch die Mutter spüren und so regelrecht Angst vor der Tabletteneinnahme bekommen. Zum anderen kann das Kind spüren, daß die Mutter hofft, das Kind möge die Tabletten nicht nehmen. Das Kind will sich unbewußt den Wünschen der Mutter anpassen und wird

die Einnahme der Tablette verweigern. In beiden Fällen wird aber die Mutter erleichtert sein, daß das Kind von sich aus die Tabletten nicht eingenommen hat.
Warum entwickeln nun aber Eltern überhaupt Widerstände gegen die antikonvulsive Therapie? Am häufigsten nach STROTZKA (1958) aus der Überzeugung heraus, daß die Tabletten dem Organismus des ohnehin schon kranken Kindes schaden könnten. Dies wird vor allem dann der Fall sein, wenn die Eltern hören, daß das Kind die Tabletten über Jahre hin einnehmen muß. Oft werden die Eltern durch den weniger erfahrenen Hausarzt oder eine Krankenschwester in ihren Befürchtungen noch bestärkt. Hierher gehören auch die sehr oft vorhandenen Nebenwirkungen, die bei den Antikonvulsiva nun einmal in Kauf genommen werden müssen. Ein weiterer Grund für die Ablehnung durch die Eltern kann dadurch zustande kommen, daß die Eltern die Krankheit nicht wahrhaben wollen oder doch wenigstens nicht einsehen können, daß sie sich über Jahre erstrecken wird. In solchen Fällen werden die Eltern die Tabletten oft eigenmächtig absetzen, sobald keine Anfälle mehr auftreten. Mit dieser Maßnahme wollen sie die Erinnerung an die Krankheit, die ja durch die Medikamente wachgehalten wird, auslöschen. D. FREUDENBERG (1971) erwähnt schließlich noch ein Motiv, daß die Mutter eines epileptischen Kindes zur Ablehnung der Medikamente bringen kann. Viele Mütter tragen bewußt oder auch unbewußt einen Todeswunsch gegen das kranke Kind in sich. Erfolgt keine Therapie, so kann dieser Wunsch vielleicht in Erfüllung gehen. Diese Einstellung findet sich nicht nur bei den Müttern, die mit dem kranken Kind völlig überfordert sind, sondern auch bei denen, für die Epilepsie in der Familie auch heute noch eine Schande bedeutet. Nach D. FREUDENBERG (1971) werden sich die Eltern diese Wünsche nicht eingestehen, weil sie Schuldgefühle erwecken. Deshalb werden sie aus dem Bewußtsein ins Unterbewußtsein verdrängt. Von hier werden sie auf den

Arzt und die Medikamente übertragen, womit sich die Ablehnung erklären ließe. Ein weiterer Grund zur Ablehnung ist die Angst vor Störungen in der geistig-psychischen Entwicklung. Die Eltern lasten dem Medikament Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen an, die schon vor Behandlungsbeginn bestanden, von den Eltern aber nicht wahrgenommen oder vergessen wurden. Da aber unter der Therapie Leistungs- und Entwicklungsstörungen auftreten können, wird der Widerstand der Eltern hier besonders früh deutlich werden. Man muß sich die Persönlichkeitsveränderungen mit all ihren Folgerungen genau vorstellen, um die Ablehnung der Eltern gegen die Medikamente verstehen zu können. Nur dann kann man auch Möglichkeiten zur Einflußnahme finden. Allerdings steht nach Meinung der Verfasserin nicht immer echte Besorgnis um die Entwicklung des Kindes hinter der Ablehnung. Oft ist es der gekränkte Ehrgeiz oder ganz einfach Enttäuschung. Mit den Medikamenten haben die Eltern dann den Schuldigen gefunden, auf den sie alle Vorwürfe abladen können.

C. BAGLEY veröffentlichte 1971 ein Buch, in dem er sich mit dem Verhalten der Eltern epileptischer Kinder befaßt. Das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder war 14 Jahre. In der Mehrzahl der Fälle war die Krankheit erbbedingt. Aber auch physiologischer und emotionaler Stress waren als Ursache vorhanden. Nach BAGLEY (1971) verhalten sich die Eltern der anfallskranken Kinder falsch: "parents and family naturally tend to adopt attitudes or actions which, because of the dramatic nature of a convulsive disorder, vary from the objective, constructive outlook of parents which is considered most helpful to the growing child". Die gestörten Umweltbedingungen, denen sich ein epileptisches Kind mit gestörter Persönlichkeitsstruktur gegenübersieht, sind denen vergleichbar, denen sich ein nicht epileptisches Kind gegenübersieht. Nach

der Untersuchung von BAGLEY (1971) finden sich gestörte Familienverhältnisse in Familien mit Epileptikern häufiger als in einer normalen Population. Der Autor führt aus, daß abweisendes Verhalten der Eltern mit aggressiven Verhaltensweisen der epileptischen Kinder korreliert; auch ängstliches Benehmen ist zum Teil dadurch bedingt. Nach einer Umfrage von 1967 würden 37 % der befragten Deutschen ihr Kind keine Verbindung mit dem Epileptiker eingehen lassen; in den USA waren es nur 13 % der Befragten. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß sich gestörtes Verhalten bei den epileptischen Kindern in der Regel in zwei Symptomen äußert: dem der Angst und dem der Aggression. Die elterlichen Verhaltensweisen sind gestört, weil die ihrer Kinder gestört sind. So sind die elterlichen Verhaltensweisen oft eine automatische Anti-Haltung gegen die des Kindes. Dieser Verhaltensmechanismus der beiden Pole A = Kind und B = Eltern läuft wie eine Spirale ab. Zuerst ist die Verhaltensstörung des Kindes gegeben. Auf diese reagieren die Eltern gegenteilig. Darauf antwortet das Kind wiederum kontrovers. So entsteht eine Eskalation des negativen Zusammenlebens. Nach BAGLEY (1971) haben die elterlichen Verhaltensweisen einen wesentlich größeren Einfluß auf das Kind als andere Umwelteinflüsse. Verhaltensstörungen treten in stärkerem Maße auf, wenn sowohl Umwelteinflüsse als auch elterliches Fehlverhalten einwirken, als wenn nur Umwelteinflüsse wirksam werden. Die Eltern ängstlicher Kinder ähneln mehr denen normaler Kinder, nicht so sehr denen aggressiver Kinder. Allerdings wird das Verhalten der Eltern durch negative Umwelteinflüsse verschlechtert (Armut, Familiengröße, Eheschwierigkeiten).
Auch auf die Einflüsse der Schule geht der Autor ein. Eine feindliche Schulumgebung kann seiner Meinung nach die Anfälle verschlimmern. Es gibt Anzeichen für ein entweder feindliches oder aber überängstliches Verhalten der Lehrer. Die Möglichkeiten des Lehrers, positiv auf

die Entwicklung des epileptischen Kindes einzuwirken, sind nach Meinung des Autors groß und sollten in die Therapie der Anfallskrankheiten im Kindesalter unbedingt mit einbezogen werden. Bei seiner Untersuchung stellte er fest, daß es eine Wechselbeziehung zwischen Angst und hoher Intelligenz einerseits und zwischen Aggressivität und niedriger Intelligenz andererseits gibt. Nicht verhaltensgestörte Kinder mit Anfällen haben geringere Lernschwierigkeiten als aggressive ängstliche Individuen.

Mit dem Einfluß von Erziehungsfaktoren auf den Heilerfolg anfallskranker Kinder beschäftigt sich HAUCK (1969, 1973). Er führte eine Umfrage unter den Eltern von 160 zufällig ausgewählten Patienten der Anfallsambulanz der Kinderklinik Heidelberg durch und untersuchte insbesondere den Erziehungsstil der Eltern. Als "autoritär" wurde der Erziehungsstil angesehen, wenn eine starke Betonung von Gehorsam, Respekt, Autorität und Zwang festzustellen war. Innerhalb dieses Gesamtkomplexes "Autoritarismus" wurde noch einmal unterschieden zwischen "autokratischem" und "Zwangs-Aspekt". Der Autor teilt die Gruppe der Eltern in stark und schwach autokratische bzw. in stark und schwach zur Bestrafung neigende Eltern ein und setzte die Erziehungsbehandlung mit dem Heilerfolg in Verbindung. Dabei zeigte sich, daß die Heilungschancen der epileptischen Kinder umso geringer wurden, je autoritärer die Erziehungskonzeption der Eltern war. Dabei zeigte sich, daß ein autokratischer Erziehungsstil bei 54 % der Eltern zu finden war, deren Kinder nicht anfallsfrei wurden im Gegensatz zu nur 22 % derjenigen Eltern, deren Kinder anfallsfrei wurden.

Wenngleich diese Ergebnisse kritisch zu betrachten sind, so scheinen sie doch nahezulegen, daß der Heilerfolg hinsichtlich des Sistierens der Anfälle nicht ausschließlich eine medikamentöse Angelegenheit ist, sondern auch in

hohem Maße von der Erziehungshaltung abhängt.

Die psychische und soziale Prognose der Epilepsie wird nach GEBELT (1971) von den mannigfaltigsten Faktoren bestimmt. Dabei ist es nicht immer ganz einfach, alle Einflüsse, die oft noch dazu in enger Wechselbeziehung stehen, bei jedem Kranken zu erfassen und richtig einzuordnen. Einige dieser Faktoren sind: "die ätiologischen Faktoren, die exogen oder endogen, kausal oder konditional mit jeweils wechselnder Stärke die eigentliche Ursache der Krankheit bilden;
der Zeitpunkt der Schädigung, des Erkrankungsbeginns und der diagnostischen Erfassung sowie der Behandlungsbeginn;
Anfallstyp und Verlaufsform;
der Erfolg der medikamentösen Therapie, der seinerseits auch wieder von vielen objektiven und subjektiven Bedingungen abhängt;
das Ausmaß der intellektuellen und psychischen Störungen;
alle psychischen und sozialen Einflüsse aus der Umwelt des Kranken und sein Vermögen, darauf zu reagieren".
Dabei geht der Autor besonders auf die Familiensituation des anfallskranken Kindes ein. Da die Familie kein starres System ist, sondern eine Gruppe mit Wechselbeziehungen, kann die Erkrankung eines Mitglieds dieser Gruppe das soziale Gefüge der Familie zerstören. Diese Zerstörung muß sich natürlich auf das Kind auswirken und zu Verhaltensstörungen führen. Nach GEBELT (1971) kann man dies besonders deutlich bei anfallskranken Kindern sehen, da der Familie - aus welchen Gründen auch immer - die Anpassung an den chronischen Verlauf der Krankheit oft nicht oder nur schlecht gelingt. Dabei spielen gerade die psychischen Belastungen eine Rolle. Die Familie muß sich mit den eigenen und fremden Vorurteilen auseinandersetzen. Hinzu kommt die ständige Angst, die Krankheit könne sich verschlechtern oder dem Kind könne etwas zustoßen. Schließlich belastet auch die ständige Sorge um die Zukunft des kranken Kindes die Familie. SCHULTE (1965) schreibt in diesem Zusammenhang allerdings:

"Auch sollte man sich bei aller Anerkennung psychodynamisch wirksamer Faktoren dem Eindruck nicht verschließen, daß die meisten Kinder auffallend gut bestehen, daß sie mit großer Unbefangenheit und oft sogar Indolenz weiter existieren und für den Fall der Notwendigkeit in kindlicher Naivität eine Betreuung als fast selbstverständlich annehmen, keineswegs aber unbedingt mit einer Verwahrlosung reagieren".

Nach der Untersuchung von GEBELT (1971) lag die Gesamthäufigkeit der psychisch veränderten Jugendlichen bei 57 % des Gesamtkrankengutes. Nach Ansicht des Autors ist dieser Wert signifikant niedriger als die 65 %, die BAMBERGER und MATTHES (1959) ermittelten. Er führt diesen Unterschied allerdings auf unterschiedliche Bewertungsgrundlagen zurück. Im Gegensatz zu NAVRATIL und STROTZKA (1954) glaubt GEBELT (1971) nicht an den Einfluß der Persönlichkeitsstruktur der Mutter. Er hat von den Müttern auch keine Hinweise erhalten, die eine solche Interpretation zulassen würden. GEBELT (1971) räumt den Lebensumständen eine größere Bedeutung ein. Ihm erscheint die Definition von PACHE (1965) richtiger, der schreibt:

"Es scheint mir glaubwürdiger, daß infolge von "Übermüdung" aus Liebe Ungeduld, aus Ungeduld Verzweiflung und aus Verzweiflung schließlich Ablehnung und Todeswünsche für sich selbst und das Kind hervorgehen." Zu den Lebensumständen, die einen besonders schlechten Einfluß auf den Verlauf der Krankheit nehmen, zählt nach GEBELT (1971) das gestörte Familienmilieu. Von 29 geschiedenen Ehen der Eltern anfallskranker Kinder entfielen 12 - 41 % auf Kinder mit psychomotorischen Epilepsien. Von den 55 Fällen mit psychomotorischen Epilepsien kamen 22 % aus gestörten Familienverhältnissen. Bei den Grand-mal Anfällen war der Anteil 10 % und bei den anderen Anfallsarten 4,3 %. Diese Unterschiede sind nach GEBELT (1971) signifikant.

Interessant für die soziale Prognose war eine Umfrage, die der Autor bei Lehrern machte. Es ging dabei um die Frage, ob anfallskranke Kinder in Spezialschulen oder

Spezialklassen untergebracht werden sollten. 35 % der Befragten hatten wegen fehlender Erfahrung keine Meinung. 35 % hielten Spezialschulen oder -klassen nicht für erforderlich, da das Leben in normaler Umgebung für die kranken Kinder förderlicher sei. Es würde auch ihr Selbstbewußtsein stärken, wenn sie unter gesunden Kindern seien, da sie in Spezialschulen zu sehr als Kranke behandelt würden. Für die Einrichtung von Spezialschulen sprachen sich 30 % der befragten Lehrer aus. Ihre Argumente lassen sich nach Meinung des Verfassers in zwei Hauptgruppen aufteilen. Die erste Gruppe umfaßt alle Argumente, die im Interesse des anfallskranken Kindes liegen. Dazu gehören: das kranke Kind sei unter gesunden Kindern gehemmt und könne sich minderwertig fühlen; die gesunden Kinder würden keine Rücksicht nehmen; in Spezialschulen sei die Beobachtung besser; durch Fachkräfte könnten die Kinder besser gefördert werden. Die zweite Gruppe umfaßt die Argumente, die im Interesse der gesunden Kinder und des Unterrichts liegen. Hierunter fallen: die anfallskranken Kinder können einen Hemmschuh für die gesunden darstellen und den normalen Unterrichtsablauf stören; der Anblick des anfallskranken Kindes sei für ein gesundes Kind nicht zumutbar. GEBELT (1971) kommt zu dem Schluß, daß die Argumente für die Einrichtung von Spezialschulen mehr auf Angst, Vorurteilen und Unwissenheit beruhen als auf fundiertem Wissen. Insgesamt sei die psychische und soziale Prognose der Epilepsie im Kindesalter in den letzten Jahren erheblich verbessert worden, doch bleibt nach Meinung des Autors in Zukunft noch eine Menge zu tun. Besonders Augenmerk müssen der Aufklärung entgegengebracht werden.

LORENTZ DE HAAS (1962) stellt für die Beziehung zwischen Epilepsie und sozialer Umgebung in seiner Arbeit zwei Hauptfaktoren heraus: die Familie und die Schule. Er weist darauf hin, daß alle therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung der kindlichen Epilepsie auf diese Faktoren besonders Rücksicht nehmen oder sie einbeziehen sollten.

Hinweise auf den Einfluß der Umgebung können oft durch das Benehmen des Kindes oder sogar durch die Anzahl der Anfälle gewonnen werden.
In der Familie spielen nicht spezifische Faktoren im Hintergrund eine große Rolle. BRIDGE (1949) beschreibt solche Fälle in seiner Untersuchung an 60 Kindern. Er stellt ein starkes Übergewicht von zerrütteten Familien bei epileptischen Kindern fest. Nur in zwei Fällen konnte die Schuld an der Familiensituation dem epileptischen Kind zugeschrieben werden. Auch war die Zahl der Familien hoch, bei denen ein Elternteil psychoneurotisch oder geisteskrank war. Auch andere Autoren haben auf diesen nicht-spezifischen Hintergrund hingewiesen, wenn epileptische Kinder mit Verhaltensstörungen in asozialen Familien oder solchen mit psychopathischer Familiengeschichte aufgewachsen waren. Der Autor beschäftigt sich hauptsächlich mit solchen Entwicklungseinflüssen, die direkter mit den charakteristischen Merkmalen dieser Krankheit zusammenhängen. In diesem Zusammenhang erwähnt er die verschiedenen Familienformen, die typisch für einige Formen der Epilepsie sind. Er stellt fest, daß viele Kinder weder vor ihrer Einlieferung in die Klinik noch nach ihrer Entlassung regelmäßig Medikamente bekommen. Selbst in den besser gestellten Familien wurde die medikamentöse Therapie oft sabotiert. Besonders häufig waren die Fälle, in denen die Mütter selbst in medizinischen Berufen tätig waren. Diese negativen Einflüsse lähmen nach Meinung des Autors die Behandlung und schaffen ein schlechtes Klima für die Entwicklung des Kindes. LORENTZ DE HAAS (1962) stellte in dieser Untersuchung fest, daß es immer dann zu Feindseiligkeiten zwischen den Ehepartnern kam, wenn durch das epileptische Kind ihr sozialer Status angegriffen war. Er ist auch der Meinung, daß für die Entwicklung des Kindes ein harmonisches Familienleben und in diesem wieder ein intaktes Mutter-Kind-Verhältnis von besonderer Wichtigkeit sind. Zu einer Verschlechterung des Zustandes des

epileptischen Kindes käme es häufig dann, wenn ein neues Kind in der Familie geboren wurde. Oft durch Angst vor Zurücksetzung oder durch Angst, das andere Kind könne das anfallskranke geistig zu schnell überholen.

Der zweite entscheidende Einfluß auf die Entwicklung ist nach Ansicht des Autors die Schule. Hier erwachsen dem Kind neue Probleme. Zwar haben die Mitschüler meist keine Angst vor den Anfällen, da sie diese anfangs ja gar nicht kennen, doch überträgt sich die Angst des Lehrers auf die Schüler. Deshalb muß die Aufklärung bei den Lehrern beginnen. Denn die Verhaltensstörungen, die sich während der Schulzeit entwickeln, übertragen sich auf das ganze Leben. Die Betonung der Ausnahmesituation muß vermieden werden, um das Kind zur Selbständigkeit zu erziehen. Da die Intelligenz bei anfallskranken Kindern im allgemeinen im Durchschnittsbereich liegt, sollten sie auch in Normalschulen eingeschult werden. Erst wenn dies nicht mehr möglich sei, sollte das Kind in eine Sonderschule kommen. Dabei sei es erstrebenswert, daß an den Epilepsiezentren Spezialschulen eingerichtet werden.

Neuerdings haben WARD und BOWER (1978) eine ausführliche sozialpsychiatrische Studie zur Epilepsie im Kindesalter durchgeführt. Diese beschäftigt sich sowohl mit Ängsten, Befürchtungen und Reaktionen der Eltern als auch dem Erlebnis der Kinder sowie der sozialen Reaktion der Umgebung. Die Autoren heben hervor, daß durch jedes Anfallsleiden eines Kindes erhebliche Ängste und Befürchtungen bei den Eltern mobilisiert werden. Eine Übersicht ihrer einschlägigen Erhebungen geht aus Tab. 1 hervor. Die Tabelle zeigt, daß Ängste und Befürchtungen sich auf drei Problemkreise konzentrieren: auf einen direkten Zusammenhang mit der Epilepsie, auf die Medikation und auf die mögliche Ätiologie.

Ängste und Befürchtungen seitens der Eltern	Anzahl der Eltern der Gesamt-Gruppe (N = 81)	
	Prozent	n
Im Zusammenhang mit den direkten Auswirkungen der Epilepsie		
"Epileptische Natur" der Anfälle	67,9	(55)
Zusätzliches Risiko	50,6	(41)
Psychische Auffälligkeiten		
- intellektuelle Behinderung	42,0	(34)
- Verhaltensauffälligkeiten	42,0	(34)
- andere	19,7	(16)
Soziale Beeinträchtigungen (aufgrund der Einstellung anderer)	50,6	(41)
Behinderung im beruflichen Bereich	32,1	(26)
Ausgeprägte Abhängigkeit	14,7	(12)
Geringere Ehechancen	8,6	(7)
Im Zusammenhang mit der Medikation		
Psychische Verlangsamung	23,4	(19)
Verhaltensauffälligkeit und Wesensänderung	4,9	(4)
Andere Nebenwirkungen	6,1	(5)
Abhängigkeit, Sucht	3,7	(3)
Allgemeines Mißtrauen	7,4	(6)
Im Zusammenhang mit der Ätiologie		
Erblichkeit	24,7	(22)
Versorgungsmängel seitens der Eltern	18,5	(15)
Emotionaler Stress	17,3	(14)
Medikamenteneinnahme und/oder Absetzen der Medikation als Ursache	3,7	(3)
Unbekannte (bzw. nicht diagnostizierte) Ursache	4,9	(4)

Tabelle 1

Unter den Reaktionen der Umgebung (bei Freunden und Nachbarn) wurde die Erkrankung in rund 50 % der Fälle akzeptiert, in 28,4 % wurde die Erkrankung mit näheren Erklärungen angenommen, in 2,4 % der Fälle bestanden seitens der Umgebung erhebliche Befürchtungen und in 19,2 % wurde die Umgebung nicht über die Tatsache eines Anfallsleidens bei dem Kind aufgeklärt. Interessant ist auch, in welcher Form die Eltern ihren Kindern das Vorliegen eines Anfallsleidens erklärten. In 18,5 % wurde von Epilepsie und Anfällen gesprochen, in 51,9 % gaben die Eltern eine allgemeine Beschreibung, die nicht direkt mit dem Anfallsleiden zu tun hatte, und in 29,6 % der Fälle wurde dem Kind gar keine Erklärung gegeben. Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig eine detaillierte Aufklärung der Familie ist und zugleich, in welchem Ausmaße familiäre Ängste und Befürchtungen, Erleben und Verhalten der Familie, aber auch der Kinder mitbestimmen.

Im folgenden wird versucht, diesen Fragestellungen im einzelnen nachzugehen.

2. METHODIK DER EIGENEN UNTERSUCHUNG

Wir haben standardisierte Fragen mit freien, der jeweiligen Situation angemessenen kombiniert, um möglichst viele Daten zur Beantwortung unserer Fragestellung zu erhalten. Da wir sowohl von den Eltern als auch von den Kindern statistisch verwertbare Daten erhalten wollten, haben wir folgende Verfahren angewandt:

(1) Einen Fragebogen zum Anfallsgeschehen
(2) Fragen zu persönlichen und sozialen Daten
(3) Fragen zur Eltern-Kind-Beziehung
(4) Einen Einschätzungsbogen für das Kind
(5) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)
(6) Schließlich wurde auch das Kind anhand eines Fragebogens exploriert. Dieser diente zur Ermittlung des subjektiven Erlebens seiner Situation.

2.1 Fragebogen zum Anfallsgeschehen

Der Fragebogen zum Anfallsgeschehen sollte uns möglichst viele Anhaltspunkte zur Entstehung und zum bisherigen Verlauf der Krankheit liefern. Er sollte die persönlichen Daten des Kindes ebenso erfassen wie Geburtsverlauf, durchgemachte Erkrankungen und Daten zur bisherigen Entwicklung. Hierbei wurden auch Fragen einbezogen, deren Hinweis auf eine eventuelle hereditäre Belastung geben konnten. Die bei der Ausarbeitung entwickelte Aufteilung der Anfallsarten erwies sich später als wenig brauchbar. Das Anfallsleiden wurde in vier Gruppen erfaßt:

(1) Grand-mal Anfälle
(2) Psychomotorische Anfälle
(3) Absencen und Pyknolepsien
(4) Gemischte Formen

Der Fragebogen ist im Anhang wiedergegeben. Mit den Fragen Nr. 58 bis 68 sollten nur solche "Abhängigkeiten" erfaßt werden, die den Eltern selbst aufgefallen waren. Auch die Frage nach den Nebenwirkungen der Medikation erstreckte

sich nur auf Antworten der Eltern, nicht auf Daten aus den Krankengeschichten. Die Fragen Nr. 72 bis 75 wurden während der Untersuchungsreihe gestrichen, da ihre Interpretation den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

2.2 Fragebogen zu persönlichen und sozialen Daten

Die Fragen zu den persönlichen und sozialen Daten der Eltern sollten uns Aufschluß darüber geben, in welchem Milieu und in welcher Familiensituation das anfallskranke Kind aufwächst. Obwohl einige Fragen schon in den intimeren Bereich der Familie hineinreichten, hat sich während der Untersuchung niemand geweigert, diese Fragen zu beantworten. Dies spricht für das große Interesse, das die Eltern der von uns befragten Kinder der Krankheit und der Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung entgegenbringen. Da wir bei der Ausarbeitung der Fragebögen davon ausgingen, möglichst viele Daten zu erhalten, enthalten sie auch Fragen, die sich bei der Auswertung als überflüssig oder nicht verwertbar herausstellten. Der Fragebogen ist im Anhang wiedergegeben.

2.3 Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung

Bei der Zusammenstellung dieses Fragebogens haben wir einige Fragen aus der Arbeit von STROTZKA (1958) übernommen. Die Haltung der Eltern und des Kindes, die mit diesem Fragebogen erfaßt werden sollten, können in folgende grobe Kategorien eingeteilt werden:

(1) Überbetonung der elterlichen Betreuung (Overprotection)
(2) Schuldgefühle der Eltern
(3) Ablehnung des Kindes durch die Eltern
(4) Unselbständigkeit des Kindes
(5) Aggressives Verhalten des Kindes
(6) Ausgeprägte Angst des Kindes

Zur Erläuterung seien hier nur einige Beispiele genannt.In die erste Gruppe gehörten Fragen wie: "Müssen Sie wegen Ihres Kindes manchmal auf Vergnügungen verzichten?" oder: "Glauben Sie, daß Ihr Kind mehr Fürsorge und Liebe braucht als andere Kinder?". In die zweite Gruppe gehörten Fragen wie: "Sorgen Sie sich besonders um die Zukunft Ihres Kindes?" oder: "Träumen Sie manchmal, daß Ihrem Kind ein Unglück zustößt?".

Zur dritten Gruppe gehörten Fragen wie: "Glauben Sie, daß die Eltern anderer Kinder glücklicher sind?" oder: "Meinen Sie, daß Ihre Erziehungsprobleme größer sind als die anderer Eltern?".

Zur vierten Gruppe gerechnet wurden Fragen wie: "Ist Ihr Kind selbständig genug für sein Alter?". Zur fünften Gruppe: "Schreckt Ihr Kind manchmal nachts auf?", und zur sechsten Gruppe gehörten schließlich Fragen, die aggressive Verhaltensweisen zum Inhalt hatten, zum Beispiel: "Zerstört Ihr Kind manchmal absichtlich irgendwelche Gegenstände?".

Die angeführten Fragen sind nur willkürlich herausgegriffene Beispiele. Alle Fragen zur Eltern-Kind-Beziehung an die Eltern lassen sich diesen Gruppierungen zuordnen. Ausnahmen hiervon machen nur diejenigen Fragen, die nicht Ansichten der Eltern, sondern Tatsachen zu erfassen versuchen.

Bei den Fragen, die das Kind betrafen, haben wir an einigen Stellen "manchmal" eingefügt, um den sonst zu negativen Sinn der Frage etwas abzuschwächen. Wir hatten die Befürchtung, daß die Eltern sonst dahingehend beeinflußt werden könnten, die Fragen absichtlich falsch zu beantworten. Auch wurden einige Fragen sinngemäß mehrfach gestellt, um eine gewissen Kontrolle für die Richtigkeit der Antworten zu haben.

2.4 Skala zur Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern

Um eine Aussage der Eltern über ihr anfallskrankes Kind aus ihrer Sicht zu erhalten, legten wir den Eltern einen Einschätzungsbogen vor, auf dem 55 Eigenschaften mit einer fünfstufigen Skala versehen wurden. Dieser Einschätzungsbogen wurde von REMSCHMIDT (1972) entwickelt, um damit Epileptiker von einer normalen Population beurteilen zu lassen. Die 55 Eigenschaften, die auf dem Einschätzungsbogen ungeordnet verteilt sind, lassen sich in drei Gruppen einteilen: positive Eigenschaften, negative Eigenschaften und neutrale Eigenschaften.

Aufgabe der Eltern war es, auf den Skalen jeweils den Wert anzukreuzen, den sie ihrem anfallskranken Kind bei der jeweiligen Eigenschaft zuordnen würden.

2.5 Persönlichkeitsfragebogen für die Eltern (Freiburger Persönlichkeitsinventar)

Zum Abschluß der Befragung wurde den Eltern ein standardisierter Persönlichkeitstest (Fragebogentest), das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) vorgelegt. Damit wollten wir ein Bild der Persönlichkeitsstruktur der Eltern erhalten und dieses zu anderen Daten in Beziehung setzen.

2.6 Fragebogen für das anfallskranke Kind

Das Kind wurde anhand eines Fragebogens exploriert, der 40 Items enthielt. Um Verständigungsschwierigkeiten und daraus resultierende falsche Antworten möglichst auszuschließen, wurden allen Kindern die Fragen vorgelesen. Verstand ein Kind den Sinn einer Frage trotz Erklärung nicht, so wurde auf die Beantwortung verzichtet. Auf diese Weise sollten nach Möglichkeit nur eindeutige Antworten zur Auswertung gelangen. Grundsätzlich wurde darauf geachtet, daß die Eltern ihre Kinder bei der Beantwortung der Fragen nicht beeinflussen konnten.

3. STICHPROBE

Um eine ausreichend große Gruppe von anfallskranken Kindern als Stichprobe zu erhalten, haben wir in der Zeit von Oktober 1971 bis Mai 1972 alle anfallskranken Kinder und ihre Eltern befragt, die in diesem Zeitraum zur ambulanten Behandlung in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg kamen. Dabei zeigte sich nach kurzer Zeit, daß es notwendig war, eine Auswahl zu treffen. Wir kamen zu dem Schluß, nur schulpflichtige Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren in unsere Untersuchungsgruppe einzubeziehen. Die Jüngeren hätten die von uns vorgelegten Fragen nicht verstanden. Zusätzlich zum Alter legten wir als zweites Auswahlkriterium einen Intelligenzquotienten von 60 als unterste Grenze fest. Dieser Wert wurde nur in zwei Ausnahmefällen unterschritten. In den 17 Fällen, in denen kein IQ vorlag, wurde nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten entschieden, ob diese Kinder zur Beantwortung der Frage in der Lage waren oder nicht. Bei den beiden Kindern, deren IQ unter 60 lag, wurde deshalb eine Ausnahme gemacht, weil die Werte dicht an der willkürlich gewählten Grenze lagen und die Kinder einen so aufgeschlossenen Eindruck machten, daß uns ihr Ausschluß nicht gerechtfertigt erschien. In sieben anderen Fällen wurde eine Ausnahme gemacht, weil diese Kinder zwar nicht mehr zur Schule gingen, aber in unserer Altersgruppe bis 18 Jahre hineingehörten. Bis auf einen Fall (Jungarbeiterin) handelte es sich bei allen um Lehrlinge, die zur Berufsschule gingen und somit auch das Kriterium der Schulpflicht erfüllten.

Nach Festlegung der Gruppen, die zur Untersuchung herangezogen werden sollten, wurden die Patienten zum Zeitpunkt ihrer regulären Einbestellung in die Klinik untersucht. Sie wurden also erst vom behandelnden Arzt oder von der Stationsschwester dem Untersucher bekanntgemacht und Eltern wie Kinder wurden um Mitarbeit gebeten. Die Eltern verweigerten in keinem Falle ihre Mitarbeit. Diese Tatsache hat die Arbeit wesentlich erleichtert und gleichzeitig gezeigt,

wie sehr sich die Eltern um die Zukunft ihrer Kinder Sorgen machen. In der überwiegenden Zahl wurden die Kinder von ihren Müttern zur Untersuchung begleitet. In 58 Fällen kamen die Kinder mit den Müttern, in 13 Fällen mit dem Vater und in 9 Fällen waren beide Elternteile anwesend. Es ist erwähnenswert, daß sich die Väter, die in den 22 Fällen (allein oder mit Ehefrau) anwesend waren, von ihrer Arbeit für diesen Tag beurlauben ließen. Das Alter der Eltern weist eine relative große Streuung auf. Der jüngste Vater war 30 Jahre alt, der älteste 50 Jahre. Auch Beruf und Schulbildung sind sehr unterschiedlich, verteilen sich aber gleichmäßig über die gesamte Gruppe. 3 Väter bezeichneten sich als höhere Beamte oder leitende Angestellte, 8 als Beamte und Angestellte, 4 als selbständige Gewerbetreibende und Landwirte, 5 als Facharbeiter und 2 als Arbeiter. Die Schulbildung verteilt sich wie folgt: 15 Väter haben Volksschulabschluß, 3 haben Mittlere Reife und 4 haben das Abitur abgelegt. Die Anzahl der Kinder ist ebenfalls sehr variabel. 13 Väter haben 2 Kinder, 5 haben 3 Kinder, 3 haben 4 Kinder, und ein Vater hat 6 Kinder.

Anzahl der Kinder	1	2	3	4	5	6	7	8	mehr
Anzahl der Väter	0	13	5	3	0	1	0	0	0

Das Alter der befragten Mütter lag zwischen 27 und 59 Jahren. Bei den Berufen überwog bei weitem derjenige der Hausfrau. Von 68 Müttern waren 57 nicht berufstätig. 10 Mütter waren Angestellte, und eine Mutter war selbständig. Ein ähnliches Zahlenverhältnis ergibt sich bei der Schulbildung: 61 Mütter hatten Volksschulabschluß, 5 Mittlere Reife, und 2 hatten das Abitur abgelegt. Die Zahl der Kinder verteilt sich, wie in der folgenden Tabelle angegeben ist:

Anzahl der Kinder	1	2	3	4	5	6	7	8	mehr
Anzahl der Mütter	7	26	15	14	5	0	0	1	0

Das Alter der untersuchten Kinder ist in Abb. 1 wiedergegeben.

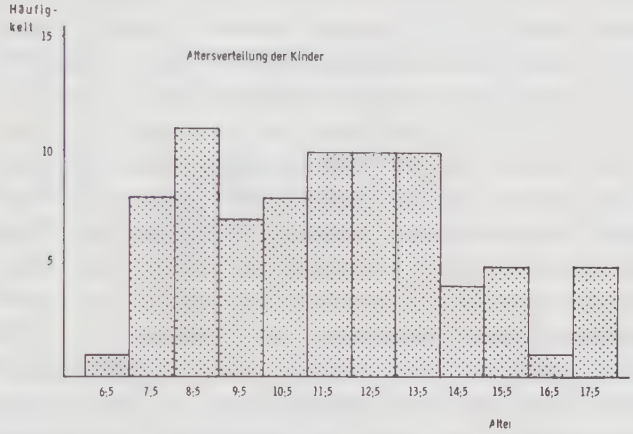


Abb. 1

Teilt man die Kinder nach dieser Tabelle in drei Altersstufen ein, nämlich 6 bis 9 Jahre (I), 10 bis 13 Jahre (II) und 14 bis 18 Jahre (III), so ergeben sich folgende Quoten: Gruppe I umfaßt 27 Kinder, Gruppe II 38 Kinder und Gruppe III 15 Kinder.

Hinsichtlich der Intelligenz wurde ein minimaler IQ-Wert von 60 festgelegt. In 17 Fällen war der Intelligenz-Quotient nicht bestimmt worden, doch ergab sich bei der Befragung, daß diese Kinder durchaus in unsere Untersuchungsgruppe gehörten. Von den 63 Kindern, bei denen der IQ-Wert vorlag, lagen 29 (also immerhin fast die Hälfte) im Bereich zwischen den Intelligenz-Quotienten 90 und 110. Diese Werte werden hier als Grenzwerte für eine durchschnittliche Intelligenz angesehen. 8 Kinder wiesen einen IQ auf, der zwischen den Grenzen 111 und 122 lag. Bei 26 Kindern lag der IQ unter 90. Allerdings waren hier noch einmal 10 Kinder mit einem IQ-Wert zwischen 81 und 90, so daß eine Lernbehinderung streng genommen nur bei 16 der 63 Kinder vorlag.

4. ERGEBNISSE

4.1 Zum Anfallsgeschehen

30 der Kinder hatten reine Grand-mal Anfälle. In 7 Fällen traten psychomotorische Anfälle auf, in 5 Fällen Absencen, 38 Kinder litten an gemischten Anfallsformen. Die Zahl der Anfälle war, entsprechend der unterschiedlichen Schwere der Fälle, nicht einheitlich. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 53 der Kinder bis zu 10 Anfälle, 9 Kinder 10 bis 20 Anfälle und 18 Kinder mehr als 20 Anfälle durchgemacht. Daß mit einer gezielten Therapie die Situation der anfallskranken Kinder entscheidend gebessert werden kann, zeigt die Zahl der Anfälle, die seit Behandlungsbeginn aufgetreten sind. Bis zu 10 Anfälle hatten danach 73 der Kinder, ein Kind hatte bis zu 20 Anfälle nach Behandlungsbeginn, und nur 6 Kinder hatten immer noch mehr als 20 Anfälle nach Behandlungsbeginn erlitten. Hatten bis zum Behandlungsbeginn also 66 % der Kinder bis zu 10 Anfälle gehabt, so fallen nach Behandlungsbeginn immerhin 91 % aller Patienten in diese Gruppe. Dabei muß gesondert bemerkt werden, daß 40 Fälle seit dem Einsetzen der antikonvulsiven Therapie anfallsfrei waren. Allerdings konnte nur bei einem Kind nach vierjähriger Anfallsfreiheit die Medikation abgesetzt werden.

Die Frage nach den Ursachen der Anfälleließ in 14 Fällen exogene Faktoren wie Unfälle mit Schädel-Hirn-Traumen, Zangengeburten, Enzephalitis etc. vermuten. In 66 Fällen war ein derartiger Verdacht nicht zu erhärten. Die Frage nach Anfallskrankheiten in der Familie wurde in 19 Fällen mit "ja" beantwortet. Schwachsinn, Geisteskrankheiten und Verhaltensauffälligkeiten waren in 16 Familien vorgekommen.

Der Anfallsbeginn trat bei den Kindern zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten auf. Drei Kinder hatten im ersten Lebensjahr bereits den ersten Anfall, bei 12

Kindern trat er zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr auf, bei 18 Kindern zwischen dem 8. und 9., bei 9 Kindern zwischen dem 10. und 11., bei 2 Kindern zwischem dem 12. und 13., bei einem Kind zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr. 10 der 80 Kinder hatten sich wegen ihrer Anfälle bereits in stationärer Behandlung befunden.

4.2 Zu persönlichen und sozialen Daten

Nur 7 der untersuchten Kinder waren Einzelkinder. 30 der 80 Kinder waren jedoch Erstgeborene. In 26 Fällen war das anfallskranke Kind das 2., in 11 Fällen das 3., in 4 Fällen das 4. und in je einem Fall das 5. bzw. 8. Kind der Familie. Die meisten Kinder stammten aus äußerlich geordneten Familienverhältnissen. Nur in einem Fall lebten die Eltern getrennt. 75 der befragten Kinder lebten bei ihren leiblichen Eltern, ein Kind befand sich beim Vater, 3 bei der Mutter und ein Kind in einem Heim für körperbehinderte Kinder. In 30 Fällen wohnten noch andere Angehörige wie Großeltern etc. in der elterlichen Wohngemeinschaft.

Von den befragten Kindern besuchten 48 die Grund- bzw. Hauptschule, 8 gingen zur Realschule, 6 auf's Gymnasium. 2 Jugendliche gingen zur Berufsschule, 15 Kinder besuchten die Sonderschule, und ein Kind befand sich noch im Kindergarten.

Die wichtigsten sozialen Daten zu den Eltern sind in Abschnitt 3. Stichprobe bereits angeführt worden.

4.3 Zur Eltern-Kind-Beziehung

Bei der statistischen Aufarbeitung der gewonnenen Daten zur Eltern-Kind-Beziehung mit Hilfe des "Fragebogens an die Eltern" beschränken wir uns auf Unterschiedsberechnungen. Wir hielten es für sinnvoll, die kaum überschaubare Menge der zur Verfügung stehenden einzelnen Informationen nach bestimmten Gesichtspunkten zu strukturieren und folgende Gruppenvergleiche durchzuführen:

Vergleich der Antworten:

(1) Der Mütter mit denen der Väter
(2) Der Eltern mit psychisch auffälligen Töchtern mit denen von Eltern mit psychisch nicht auffälligen Töchtern
(3) Der Eltern mit psychisch auffälligen Jungen mit denen von Eltern mit psychisch nicht auffälligen Jungen
(4) Der Eltern mit mehreren Kindern mit denen der Eltern mit nur einem Kind
(5) Der Eltern mit Kindern, die einen IQ-Wert von unter 90 haben mit denen von Eltern, deren Kinder einen IQ-Wert über 90 haben
(6) Der Eltern mit Jungen mit denen mit Töchtern

Als statistisches Verfahren wählten wir den nonparametrischen χ^2-Vierfeldertest, für den bekanntlich keine besonderen Voraussetzungen wie Normalverteilung der Daten gelten. (Vgl. SACHS, L. Statistische Auswertungsmethoden, Heidelberg-New York, 1969^2, Springer, S.341 ff)
(Die Berechnungen wurden im Institut für medizinisch-biologische Statistik der Philipps-Universität Marburg von Herrn Dipl. Psych Merschmann durchgeführt, dem an dieser Stelle herzlich gedankt sei.)
In den folgenden Tabellen werden lediglich statistisch signifikante Unterschiede aufgeführt, welche die Grund-

lage für die Diskussionsbemerkungen darstellen.

4.3.1 Vergleich der Antworten der Mütter mit denen der Väter

Frage Nr.	Mutter		Vater		χ^2	Signif. Niveau p
	ja	nein	ja	nein		
3 Gewisse Wesenszüge des Kindes stören	20	48	1	21	4,44	0,03
13 Kind gibt öfters patzige Antworten	40	28	4	18	9,42	0,002
14 Leichte Erkr.ist f. das Kind gefährlicher als f.andere Kinder	19	49	13	9	5,75	0,01
26 Kind ist manchmal aufsässig (v)	36	32	5	17	4,96	0,02
37 Kind wird häufig gelobt (v)	43	25	7	15	5,43	0,01

Tabelle 2 (v) = kontrolliert

Aus der Häufigkeitsverteilung dieser Antworten lassen sich Hinweise ableiten, daß die Mütter mehr als die Väter "negative" Wesenszüge ihrer anfallskranken Kinder sehen und sie für weniger gefährdet halten zu erkranken. Sie vertreten im Unterschied zu den Vätern vermehrt die Auffassung, daß die Kinder gelobt werden müssen. Hierin findet auch die Annahme eine Bestätigung, daß die Mütter stärker mit Erziehungsproblemen konfrontiert sind.

4.3.2 Vergleich der Antworten der Eltern von psychisch auffälligen versus nicht auffälligen Töchtern

Frage Nr.	Eltern psych. auff. ♀		Eltern psych unauff. ♀		χ^2	Signif.-Niveau p
	ja	nein	ja	nein		
6 Gedanken, die andere nicht wissen dürfen	11	13	2	16	5,80	0,05
33 Kind kann sich durchsetzen	22	2	12	6	4,17	0,05
36 Kind zerstört mutwillig	5	19	0	18	4,26	0,05

Tabelle 3

Das Kriterium für "psychische Auffälligkeit" waren die globalen Angaben der Eltern, die durch den "Fragebogen zum Anfallsgeschehen" erfaßt wurden (s. oben Seite 41). Im einzelnen bezogen sie sich auf "vermehrte Reizbarkeit", "Verlangsamung", "Wesensveränderung" und "Demenz". Ein Kind wurde dann als "psychisch auffällig" hier eingestuft, wenn es von seinen Eltern wenigstens hinsichtlich einer dieser Variablen als auffällig beurteilt wurde. Dieses Kriterium erfüllten immerhin 24 von insgesamt 42 Mädchen.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang einerseits, daß statistisch signifikante Unterschiede lediglich bei drei Fragen zu verzeichnen sind. Andererseits legt die Häufigkeitsverteilung zu Frage Nr. 6 im Sinne eines vermehrten Vorkommens von "Gedanken, die andere nicht wissen dürfen" die Interpretation der tiefenpsychologisch orientierten Untersuchungen (s. Literaturübersicht S. 19) nahe, daß hier unbewußte Ablehnung und "Todeswünsche" der Eltern vornehmlich dann zur Wirkung kommen, wenn die anfallskranken Kinder psychisch auffällig sind.

4.3.3 Vergleich der Antworten der Eltern von psychisch auffälligen versus psychisch nicht auffälligen Jungen

Frage Nr. (Kurzformulierung)	Eltern psychisch auff. ja	Eltern psychisch auff. nein	Eltern psychisch unauff. ja	Eltern psychisch unauff. nein	χ^2	Signif. Niveau p
1 Verzicht wegen des Kindes	10	15	1	21	8,21	0,01
2 Eltern anderer Kinder sind glücklicher	7	18	1	21	4,56	0,05
8 Erziehungsprobleme sind größer als die anderen Eltern	13	12	1	21	12,60	0,001
12 Angst, wenn das Kind allein ist	17	8	4	18	11,75	0,001
14 Leichte Erkr.für Kind gefährlicher als für andere Kinder	9	16	1	21	6,91	0,01
16 Traum, daß Kind etwas zustößt	8	17	0	22	8,48	0,01

20	Kind braucht mehr Liebe als andere Kinder	19	6	7	15	9,24	0,01
21	Viel Rücksicht auf das Kind	18	7	16	6	9,37	0,01
22	Selbständig genug für Alter	15	10	20	2	5,88	0,05
25	Nachsichtigere Erziehung wegen der Krankheit	15	10	3	19	10,65	0,001
28	Andere Geschwister werden als Vorbild hingestellt	11	14	1	21	9,58	0,01
33	Kind ist manchmal unfolgsam	14	11	20	2	7,13	0,01

Tabelle 4

Bemerkenswert ist bereits bei einem ersten Überblick, daß bei 25 (bei einem N von 47) zwar prozentual annähernd genausoviele Söhne wie Töchter als psychisch auffällig von den Eltern erlebt werden, daß aber bei den Jungen wesentlich mehr statistisch signifikante Unterschiede - nämlich in 12 von 39 Fragen - gefunden werden. Die Interaktion zwischen den Eltern und ihren anfallskranken, psychisch auffälligen Kindern, ist offenbar problematischer, wenn es sich um Söhne handelt. Eine Analyse der einzelnen Fragen liefert über die Probeeinteilung in "psychisch auffällige" versus "psychisch nicht auffällige" Jungen hinaus erneut Anhaltspunkte dafür, daß sich die Auffälligkeit in Erziehungsproblemen manifestiert (Frage 8, 25, 28) - obwohl diese mit Frage 33 wieder relativiert werden - und zu einer überprotektiven Haltung bei den Eltern führt (Fragen 12, 14, 16, 20, 21, 28). Schließlich fühlen sich die Eltern durch die psychisch auffälligen Söhne im allgemeinen stärker eingeschränkt (Frage 1) und unglücklicher (Frage 2). Insgesamt zeichnet sich durch die unterschiedlichen Beurteilungen der Töchter und Söhne ein sozialpsychologisches Stereotyp bezüglich der Geschlechterrolle ab, das seine Ursachen in anderen Faktoren als dem Anfallsleiden selbst haben muß, denn durch die organische Erkrankung sind beide Geschlechtergruppen in gleichem Ausmaß betroffen (vgl. hierzu besonders 4.3.6).

4.3.4 Vergleich der Antworten der Eltern mit mehreren Kindern mit den Antworten der Eltern mit nur einem Kind

Frage Nr. (Kurzformulierung)	Eltern mit mehr als 1 Kind		Eltern mit nur 1 Kind			Signif. Niveau
	ja	nein	ja	nein	χ^2	
22 (20) Selbständig genug für sein Alter	71	12	2	5	13,68	
33 (20) Kann sich unter Gleichaltrigen durchsetzen	65	18	3	4	4,39	

Tabelle 5
Es finden sich lediglich zwei Unterschiede, in denen zum Ausdruck kommt, daß die Eltern mit nur einem, dem anfallskranken Kind - vermutlich infolge mangelnder Vergleichsmöglichkeiten - glauben, ihr Kind brauche mehr Fürsorge und Liebe, sei aber weniger anhänglich als andere Kinder.

4.3.5 Vergleich der Antworten der Eltern mit Kindern, mit IQ-Wert unter 90 versus Kindern mit IQ über 90

Frage Nr. (Kurzformulierung)	Eltern-Kinder mit IQ < 90		Eltern-Kinder mit IQ>90		χ^2	p
	ja	nein	ja	nein		
2 Eltern anderer Kinder sind glücklicher	11	35	2	41	6,61	0,01
6 Gedanken, die andere nicht wissen dürfen	19	27	6	37	8,23	0,01
12 Angst, wenn das Kind allein ist	29	17	16	27	5,93	0,05
15 Sorgen um die Zukunft des Kindes	37	9	24	19	6,25	0,05
20 Das Kind braucht mehr Liebe und Fürsorge als andere Kinder	35	11	19	24	9,48	0,01
21 Besonders viel Rücksicht auf das Kind	26	20	14	29	5,16	0,05
22 Selbständig genug für sein Alter	33	13	39	4	15,17	0,05
27 Kind hat viele Freunde	23	23	37	6	13,15	0,001

28 Kind hat Kontakt-schwierigkeiten	16	30	5	38	6,61	0,01
33 Kind kann sich unter Gleichaltrigen durchsetzen	29	17	38	5	7,66	0,01
34 Zurückhaltender als andere Kinder	26	20	10	33	10,21	0,001

Tabelle 6

Es zeichnen sich signifikante Tendenzen ab in 11 Fragen, die verdeutlichen, daß sich die Beziehung zwischen den Eltern und ihren anfallskranken Kindern besonders problematisch gestaltet, wenn diese intellektuell minderbegabt sind. Den Eltern der weniger intelligenten Kinder fallen vornehmlich Beziehungsschwierigkeiten auf (Fragen 27, 28, 33, 34), ihre auf das Kind zentrierten Befürchtungen sind ausgeprägter (Fragen 12, 15) und sie betonen, daß die Minderbegabten mehr Unterstützung benötigen (Fragen 20, 21, 22). Subjektiv spielt auf Seiten der Eltern eine Rolle, daß sie sich wegen der Minderbegabung ihrer Kinder unglücklicher fühlen (Frage 2). Die Verteilung der Antworten auf die Frage 6 ("Gedanken, die andere nicht wissen dürfen") läßt die - allerdings spekulative - Vermutung zu, daß die Eltern der weniger Begabten ihre Kinder stärker ablehnen als die Eltern von intellektuell nicht retardierten Kindern. In diesem Zusammenhang liegt die Frage nahe, ob sich hier spezifische Einstellungen der Eltern herauskristallisieren, die durch die Anfallskrankheit der Kinder bedingt sind? Oder sind diese Einstellungen nicht vielmehr ein Resultat der den Eltern mehr oder weniger bewußten Minderbegabung ihrer Kinder?

4.3.6 Vergleich der Antworten der Eltern mit Söhnen mit den Antworten der Eltern mit Töchtern

Frage Nr.	Eltern mit Jungen		Eltern mit Töchtern			Signif. Niveau
	ja	nein	ja	nein	χ^2	
1 Verzicht wegen des Kindes	11	36	3	39	4,42	
4 Kind schadet dem Ansehen	0	47	5	37	5,93	
40 Eifersüchtig auf Geburt von Geschwistern	1	37	7	26	6,10	

Tabelle 7

Es finden sich lediglich drei Unterschiede bei der Einteilung in Gruppen nach den o. a. Kriterien, die inhaltlich die Aussage gestatten, daß Eltern sich durch anfallskranke Töchter - aber nicht Söhne - in ihrem Ansehen geschädigt fühlen, daß die Eltern wegen ihrer anfallskranken Söhne häufiger auf Unternehmungen verzichten als die Eltern von Töchtern mit einem Anfallsleiden. Schließlich vertreten mehr Eltern die Auffassung, an Epilepsie erkrankte Töchter benötigten häufiger Lob als Jungen.

4.3.7 Vergleich der Antworten von Eltern mit einem Durchschnittsalter unter 40 Jahren mit denen von Eltern mit einem Durchschnittslater über 40 Jahren

Frage Nr.	Eltern unter 40		Eltern über 40			Signif. Niveau
	ja	nein	ja	nein	χ^2	
2 Andere Eltern sind glücklicher	3	42	10	34	4,60	
28 Andere Geschwister als Vorbild hinstellen	5	40	16	28	7,87	
29 Kind ist besonders anhänglich	35	10	41	3	4,23	

Tabelle 8

Bei diesem Gruppenvergleich ließen sich nur drei signifikante Unterschiede feststellen, ältere und jüngere Eltern differieren offenbar kaum in ihren Beziehungen zu den anfallskranken Kindern. Eltern über 40 Jahre glauben überzufällig häufig, daß Eltern gesunder Kinder glücklicher

sind; sie neigen stärker dazu, ihren erkrankten Kindern Geschwister als Vorbilder hinzustellen und sie beurteilen die epileptischen Kinder als anhänglicher im Vergleich zu den jüngeren Eltern.

4.3.8 Vergleich der Antworten von Eltern von Kindern mit weniger als 10 Anfällen gegenüber mehr als 10 Anfällen

Frage Nr.	Eltern mit Kindern unter 10 Anfällen		Eltern mit Kindern über 10 Anfälle		
	ja	nein	ja	nein	χ^2
17 Maßregelung d.Kindes ohne ersichtlichen Grund	8	52	10	19	5,42

Tabelle 9

Das Ergebnis der Tabelle 9 zählt bislang zu den erstaunlichsten Befunden unserer Erhebung. Wir vermuteten nämlich, daß sich die Häufigkeit der Anfälle in weit stärkerem Maße auf die Einstellungen der Eltern zu ihren epileptischen Kindern auswirken würde. Es findet sich jedoch nur ein Unterschied, der auf die Neigung der Eltern hinweist, Kinder mit einer größeren Anzahl von Anfällen "ohne ersichtlichen Grund zu maßregeln". Hier spiegelt sich offenbar der schon weiter oben beschriebene Effekt, daß sich das Anfallsgeschehen weniger stark auf die Interaktion zwischen Eltern und Kindern auswirkt. Andere Faktoren, die keinen unmittelbaren Bezug zu der Erkrankung haben, beeinflussen die Verhaltens- und Erlebensweisen sowie Einstellungen der Eltern zu ihren Kindern in weit größerem Ausmaß. Zu nennen sind hier z. B. das Geschlecht des Kindes, seine Intelligenzausprägung, die vielfältigen psychischen Auffälligkeiten.

In der Diskussion werden wir näher auf diesen interessanten Aspekt eingehen und uns die Frage stellen: Welche Determinanten sind spezifisch für die Einstellung der Eltern zu ihren epileptischen Kindern?

4.4 Zur Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern

Während bei der Datenerhebung mit dem "Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung" die Erfassung spezifischer Muster der Interaktionen zwischen den Eltern und ihren anfallskranken Kindern im Vordergrund stand, sollte die "Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern" zu charakteristischen Beschreibungen von Persönlichkeitsmerkmalen der Kinder führen, wie sie sich aus der Sicht der Eltern darstellen.

Die weiterführende statistische Verarbeitung der Rohdaten erfolgte analog der Vorgehensweise bei den Fragen zur Eltern-Kind-Beziehung über Gruppenvergleiche. Hier wurde jedoch als statistisches Prüfverfahren der ebenfalls parameterfreie "U-Test von WILCOXON, MANN & WHITNEY" (vgl. SACHS - wie oben - S. 292 ff) angewandt.

In den folgenden Tabellen sind wiederum lediglich diejenigen Items aufgeführt, für die statistisch signifikante Unterschiede errechnet wurden.

4.4.1 Mittelwert-Vergleiche Mütter versus Väter

Eigenschaft mit Nr.	Mütter	Väter	Signifikanz-Niveau p
18 harmlos	3,99	3,14	0,009
21 sensibel, empfindsam	3,77	3,05	0,009
41 reizbar	3,38	2,81	0,02
44 nervös	3,48	2,43	0,001
45 aggressiv	2,57	1,86	0,03

Tabelle 10

Aus der Tabelle geht hervor, daß Väter und Mütter sich in der Beurteilung ihrer Kinder nur bezüglich fünf Eigenschaften unterscheiden. So schätzen die Mütter ihre Kinder im Mittel als harmloser, sensibler, reizbarer, nervöser und aggressiver ein. Obwohl ihre Beurteilungen nicht ganz konsistent sind - z. B. widersprechen sich "harmloser" und "aggressiver" - erleben die Mütter ihre anfallskranken Kinder offenbar stärker im Sinne auffälliger Verhaltensweisen, wie sie von LEMPP (s. Oben Seite 13) für das sogenannte frühkindliche exogene Psychosyndrom beschrieben werden.

4.4.2 Psychisch auffällige Kinder versus psychisch nicht auffällige Kinder

Eigenschaft mit Nr.	Urteile der Elern psych. auff. Kinder	Urteile der Eltern psych. nicht auff.K.	Signif. Niveau p
7 jähzornig	2,58	1,85	0,02
16 zielstrebig	3,06	3,60	0,02
30 egoistisch	2,02	1,55	0,02
52 langsam, träge	3,08	2,25	0,003

Tabelle 11

Die hier aufgeführten Unterschiede betreffen andere Eigenschaften als sie für den Vergleich der Beurteilungen zwischen Vätern und Müttern gefunden wurden. Es überrascht, daß es lediglich vier Merkmale sind, welche Differenzen zwischen den psychisch auffälligen und nicht auffälligen anfallskranken Kindern kennzeichnen und die globale Unterteilung in "auffällig" versus "unauffällig" dahingehend spezifizieren, daß sich Auffälligkeiten in ausgeprägterem Jähzorn, Egoismus und Langsamkeit sowie geringerer Zielstrebigkeit manifestieren. Dieses Ergebnis läßt die Annahme zu, daß die als psychisch auffällig klassifizierten Kinder nur geringgradig von den unauffälligen in ihrem Verhalten differieren. Es zeigt darüber hinaus, daß die Eltern insgesamt das Kriterium "psychische Auffälligkeit" kaum differenzieren können und es sich hierbei möglicherweise

um ein aus der extrafamiliären Umwelt übernommenes Vorurteil gegenüber Anfallskranken handelt.

4.4.3 Psychisch auffällige versus nicht auffällige Mädchen

Eigenschaft mit Nr.	Urteile d. Eltern psych. auff. Mädchen	Urteile d. Eltern psych. unauff. Mädchen	Signif. Niveau p
16 zielstrebig	3,20	3,83	0,04

Tabelle 12

Näheres zu diesem Befund unter 4.4.4.

4.4.4 Psychisch auffällige versus nicht auffällige Jungen

Eigenschaft mit Nr.	Urteile d. Eltern psych. auff. Jungen	Urteile d. Eltern psychisch unauff. J.	Signif. Niveau p
3 pedantisch	2,40	1,59	0,04
7 jähzornig	3,00	1,86	0,005
15 ängstlich	2,96	2,09	0,03
21 sensibel, empfindsam	4,04	3,36	0,02
52 langsam, träge	3,64	2,55	0,004

Tabelle 13

Während die Eltern nur hinsichtlich einer Eigenschaft - nämlich Zielstrebigkeit - Unterschiede zwischen "psychisch auffälligen" und "nicht psychisch auffälligen" Töchtern angeben, finden sich immerhin fünf Differenzen bei einem entsprechenden Vergleich der Söhne. Letztere, sind sie psychisch auffällig, werden als pedantischer, jähzorniger, ängstlicher, sensibler und langsamer beurteilt. In diesem Zusammenhang läßt sich wie bereits oben feststellen, daß die Verhaltensauffälligkeiten anfallskranker Jungen umfassender erlebt werden und - belegbar durch die in Tab. 4 Seite 45 zusammengefaßten Ergebnisse - die Beziehung zu den Eltern und vermutlich auch anderen Kontaktpersonen stärker belasten. Aus diesem Befund ist auch abzuleiten, daß an Epilepsie erkrankte Jungen vermutlich massiveren Hindernissen hinsichtlich ihrer Entwicklung ausgesetzt sind als Mädchen.

4.4.5 Eltern mit Mehrfachkindern gegenüber Eltern mit Einzelkindern

Eigenschaft mit Nr.	Urteile d.Eltern mit Mehrfachkindern	Urteile d.Eltern mit Einzelkindern	Signif. Niveau p
6 nimmt das Leben leicht	3,30	4,43	0,006
36 ehrgeizig	3,17	1,86	0,007

Tabelle 14

Aus dieser Tabelle läßt sich ablesen, daß Eltern mit mehreren Kindern das anfallskranke Geschwisterkind kaum anders in seinem Verhalten beurteilen als Eltern ihr epileptisches Einzelkind. Eltern von Einzelkindern glauben lediglich, daß diese das "Leben leichter nehmen" und weniger ehrgeizig sind. Aus diesem Befund kann man folgern, daß entweder die Verhaltensweisen der gesunden Geschwisterkinder nur geringfügig gegenüber denen der anfallskranken Kinder aus der Sicht der Eltern kontrastieren, oder daß die Eltern von epileptischen Einzelkindern sich bei der Verhaltensbeurteilung auf analoge Kriterien stützen. Ein weiterer Aspekt ist darin zu sehen, daß die Probandengruppe in ihrer psychosozialen Entwicklung von Wirkungen durch intrafamiliäre Konstellationen weitgehend unbeeinflußt bleibt, insbesondere die Vielfalt der Interaktionen zwischen Geschwistern scheint keine besonderen Auswirkungen auf das Verhalten der epileptischen Kinder zu haben. Das Spezifische der Epilepsie - sofern sich dies im Kommunikationsverhalten äußert - ist relativ stabil gegenüber familiären Bedingungsfaktoren.

4.4.6 Eltern mit Kindern über IQ 90 gegenüber Eltern mit Kindern unter IQ 90

Eigenschaft mit Nr.	Urteile d. Eltern mit K. IQ<90	Urteile d. Eltern mit K. IQ>90	Signifikanz-Niveau p
1 gesellig	3,17	3,67	0,04
4 lebensuntüchtig	2,27	1,60	0,01
5 hat viele Freunde	2,87	3,81	0,002
23 arrogant	1,27	1,65	0,04
26 intelligent	2,97	3,60	0,004
32 Einzelgänger	2,10	1,51	0,04
37 gefährlich	1,30	1,00	0,01
47 versagt leicht	2,73	1,91	0,003
48 primitiv	1,67	1,21	0,04
49 religiös	3,83	2,91	0,007
52 langsam, träge	3,13	2,47	0,03

Tabelle 15

Erneut finden sich die meisten Unterschiede zwischen den anfallskranken Kindern in Abhängigkeit zu ihrer Intelligenzausprägung (vgl. Tab. 6 , S. 47). In 11 von den 55 Verhaltenskategorien sind bedeutsame Differenzen im Verhalten zwischen den weniger intelligenten und den normal begabten Kindern nachweisbar, wobei den unterdurchschnittlich begabten insgesamt eher negative Eigenschaften zugeordnet werden. Im einzelnen werden die intelligenteren Kinder als geselliger (1), kontaktbereiter (5), arroganter (23) und intelligenter (26) beurteilt; die weniger intelligenten Kinder gelten als lebensuntüchtiger (4), zum Einzelgänger neigend (32), gefährlicher (37), leichter versagend (47), primitiver (48), religiöser (49) und träger (52).

Wie bereits in anderen Zusammenhängen mehrfach erläutert, manifestiert sich auch hier, daß es nicht primär epilepsiespezifische Merkmale sind, welche zu einer unterschiedlichen Verhaltensbeurteilung durch die Eltern führen. Es sind vielmehr Persönlichkeitseigenarten der Kinder wie hier ihre

intellektuellen Fähigkeiten, welche determinierende Funktionen für das Verhalten der Kinder und das Erleben auf seiten der Eltern ausüben. Die Hypothese, ähnliche Befunde würde man auch bei einer organisch nicht erkrankten Population von Kindern nach ihrer Dichotomisierung in weniger Intelligente und Normalbegabte finden, läßt sich aus dem vorliegenden Informationsmaterial zwar nicht empirisch stützen; es ist aber evident und entspricht der Erfahrung aus dem Umgang mit Kindern, deren Intelligenzgrade breit gestreut sind, daß sich bei der vorliegenden Untersuchung Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Eigenschaften widerspiegeln, welche als typisch für niedriger und höher intelligente Kinder angesehen werden.

4.4.7 Eltern von Jungen gegenüber Eltern von Mädchen

Eigenschaft mit Nr.	Urteile d. Eltern mit Jungen	Urteile d. Eltern mit Mädchen	Signifik. Niveau p
8 schüchtern	2,49	1,86	0,04
9 selbstbewußt	2,89	3,35	0,02
17 anspruchsvoll	2,04	2,60	0,03
28 unsicheres Auftreten	2,57	2,00	0,02
43 bescheiden	3,89	3,42	0,03
44 nervös	3,51	2,93	0,01
47 versagt leicht	2,43	1,93	0,04
52 langsam, träge	3,13	2,96	0,002
55 faul	2,23	1,74	0,02

Tabelle 16

Zwischen den anfallskranken Jungen und Mädchen wurden insgesamt 9 Verhaltensunterschiede gefunden. Die Jungen werden schüchterner (8), unsicherer im Auftreten (28), bescheidener (43), nervöser (44), leichter versagend (47), träger (52) und fauler (55) beurteilt. Den Mädchen wird mehr Selbstbewußtsein (9) und eine anspruchsvollere Haltung (17) zugeordnet. Darin kommt in Ergänzung zu den Ergebnissen auf S. 46 noch deutlicher ein bezüglich der Geschlechterrolle bekanntes sozialpsychologisches Stereotyp zum Ausdruck.

4.4.8 Eltern unter 40 Jahren gegenüber Eltern über 40 Jahren

Eigenschaft mit Nr.		Urteile d. Eltern unter 40 Jahren	Urteile d. Eltern über 40 Jahren	Signif. Niveau p
15	ängstlich	1,98	2,73	0,01
18	harmlos	4,16	3,42	0,01
23	arrogant	1,29	1,62	0,02
30	egoistisch	1,58	2,04	0,01

Tabelle 17

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß ältere im Vergleich zu jüngeren Eltern ihre anfallskranken Kinder ängstlicher (15), weniger harmlos (18), arroganter (23) und egoistischer (30) beurteilen. Man kann daraus schließen, daß die über vierzigjährigen Eltern ihren epileptischen Kindern tendenziell mehr negative Eigenschaften unterstellen und ihre Kinder als eine stärkere Belastung empfinden.

4.4.9 Eltern von Kindern mit weniger als 10 Anfällen gegenüber Eltern von Kindern mit mehr als 10 Anfällen

Eigenschaft mit Nr.		Urteile d. Eltern m. Kind.u.10 A.	Urteile d. Eltern m. Kind.üb.10 A.	Signif. Niveau p
1	gesellig	3,64	3,14	0,03
11	sparsam	3,13	3,86	0,01

Tabelle 18

Lediglich in zwei Verhaltenskategorien unterscheiden sich die Kinder nach ihrer Dichotomisierung in Anfallshäufigkeit. Epileptische Kinder mit weniger als 10 Anfällen sollen geselliger (1) und weniger sparsam sein (11). Bei der offen formulierten Verhaltenskategorie "gesellig" stellt sich die Frage, ob die spontane Kontaktbereitschaft der Kinder durch die höhere Anfallszahl reduziert wurde oder Bezugspersonen den Kontakt mit diesen Kindern meiden ?

Bemerkenswerter als die zwei nachgewiesenen Unterschiede erscheint uns jedoch, daß auf den 49 übrigen Verhaltenskategorien die Anfallszahl sich nicht signifikant auswirkte. Spielt in dem Bewußtsein der Eltern lediglich die alternative Einstellung in "anfallskrank" versus "nicht krank" die entscheidende Rolle ? Oder - wie vorher dagestellte

Ergebnisse noch eher vermuten lassen - erleben sie die Anfallskrankheit nicht als einen dominierenden Faktor? Oder sind die epileptischen Kinder in ihrem Verhalten gar nicht so abweichend von anderen Kinderpopulationen?

4.5 Fragen an das Kind

Mit den 40 "Fragen an das Kind" wurde die Absicht verfolgt, subjektiv erlebte Beeinträchtigungen der Kinder besonders im Kontakt-, Familien- und Gefühlsbereich zu erfassen. Wurde mit dem "Fragebogen zur Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern" der Versuch unternommen, heterostereotype Vorurteile (im Sinne von REMSCHMIDT, 1972) gegenüber den epileptischen Kindern herauszuarbeiten, so dienten die Fragen an das Kind der Erfassung autostereotyper Selbstbeurteilung der betroffenen Kinder. Hierbei wurde Wert darauf gelegt, Fragen zu vermeiden, die explizit auf Zusammenhänge mit der Anfallserkrankung abzielten.

Im folgenden werden wieder Vergleiche und Berechnungen auf statistisch signifikante Unterschiede aufgrund der Dichotomisierung der Kinder in je zwei Gruppen vorgenommen. Die Interpretationsbemerkungen beziehen sich erneut im wesentlichen auf bedeutsame Differenzen zwischen den jeweiligen Gruppen und den komplementären Verhaltensbeurteilungen durch die Eltern. Einzelkriterien für die Gruppierung waren

(1) Einzelkinder gegen Kinder mit Geschwistern
(2) Kinder von Eltern über 40 Jahre gegen Eltern unter 40 Jahre
(3) Knaben gegen Mädchen
(4) Kinder mit mehr als 10 Anfällen gegen Kinder mit weniger als 10 Anfällen
(5) Kinder mit einem IQ unter 90 gegen Kinder mit einem IQ über 90

(6) Jungen mit psychischen Veränderungen gegen Jungen ohne psychische Veränderungen
(7) Mädchen mit psychischen Veränderungen gegen Mädchen ohne psychische Veränderungen
(8) Kinder mit psychischen Veränderungen gegen Kinder ohne psychische Veränderungen

4.5.1 Einzelkinder gegen Kinder mit Geschwistern

Ein Vergleich dieser beiden Gruppen erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede. Anfallskranke Einzelkinder erleben und beurteilen sich hinsichtlich der erfaßten Bereiche also nicht anders als epileptische Kinder mit Geschwistern. Zieht man zum Vergleich die entsprechenden Ergebnisse der Beurteilung durch die Eltern heran (s. oben Tabelle 14) findet man, daß die Eltern von Einzelkindern diese ebenfalls kaum anders beurteilen als Eltern ihr epileptisches Kind, wenn Geschwister vorhanden sind.

4.5.2 Kinder von Eltern über 40 Jahren gegen Eltern unter 40 Jahren

Frage Nr. Kurzformulierung	Kinder von Eltern über 40 Jahren		Kinder von Eltern unter 40 Jahren		χ^2	p
	ja	nein	ja	nein		
2 weiß nicht wofür bestraft	18	20	19	31	4,55	0,05
4 Mutter hat mich nicht genügend lieb	3	35	19	31	3,90	0,05
5 ich darf Freunde selbst aussuchen	30	8	40	2	4,84	0,05

Tabelle 19

Aus Tab. 19 geht hervor, daß sich Kinder von Eltern über 40 Jahren insgesamt etwas stärker benachteiligt fühlen. Sie werden häufiger gestraft, ohne den Grund zu kennen (Frage 2) und sie glauben mehr, daß ihre "Mutter sie nicht lieb hat" (Frage 4). Hingegen wird ihnen größere Freiheit gestattet, sich ihre Freunde selbst auszusuchen (Frage 5). Stellen wir einen Zusammenhang mit den entsprechenden Verhaltensbeurteilungen der Eltern her (s. oben Tab. 17), so

stützt dieser Befund die Annahme, daß ältere Eltern ihre anfallskranken Kinder tendenziell stärker ablehnen.

4.5.3 Jungen gegen Mädchen

Frage Nr. Kurzformulierung	Jungen ja	Jungen nein	Mädchen ja	Mädchen nein	χ^2	p
15 ich bin Mittelschülern überlegen	13	29	3	34	6,36	0,05
40 ich fühle mich oft krank	7	35	1	36	4,21	0,05

Tabelle 20

Das Selbsterleben der epileptischen Kinder wird durch das Geschlecht kaum beeinflußt. Es finden sich lediglich zwei Unterschiede, in denen zum Ausdruck kommt, daß sich mehr Jungen als Mädchen ihren Mitschülern überlegen einschätzen und sich auch häufiger krank fühlen. Betrachtet man die komplementären Ergebnisse aus der Elternbefragung (Tab.16), findet man dort wesentlich mehr Unterschiede, die tendenziell aufzeigen, daß den Jungen stärker negativ besetzte Eigenschaften zugeschrieben werden.

4.5.4 Kinder mit mehr als 10 Anfällen gegen Kinder mit weniger als 10 Anfällen

Frage Nr. Kurzformulierung	Kinder mit mehr als 12 Anfällen ja	Kinder mit mehr als 12 Anfällen nein	Kinder mit weniger als 10 A. ja	Kinder mit weniger als 10 A. nein	χ^2	p
7 ich habe Gefühl, daß andere Kinder nicht mit mir spielen möchten	18	8	16	37	10,85	0,01
26 mache mit Absicht etwas kaputt	8	19	6	47	4,15	0,05
36 manchmal lüge ich	17	9	46	7	4,95	0,05

Tabelle 21

In Tab. 21 finden wir ein für das soziale Verhalten und Erleben der epileptischen Kinder sehr relevantes Ergebnis: Kinder mit mehr als 10 Anfällen haben erheblich mehr Kontaktschwierigkeiten als solche mit weniger Anfällen (Frage 7). Sie machen auch häufiger mit Absicht etwas kaputt (Frage 26) und verneinen vermehrt die Frage nach Lügen (Frage 36). Zieht man zum Vergleich wieder die entsprechende Tabelle (s. o. Tab. 18) aus der Elternbefragung heran, so findet man hinsichtlich des sozialen Verhaltens eine Übereinstimmung, denn auch die Eltern beurteilen ihre Kinder mit vermehrter Anfallsanzahl als "weniger gesellig". Aus dieser Kovergenz läßt sich das Fazit ziehen, daß Kinder in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Anfälle in ihrem sozialen Kontaktbereich beeinträchtigt sind. Ist dieser Umstand darauf zurückzuführen, daß die (negativen) Vorurteile gegenüber den Kranken seitens der Umwelt in funktionalem Zusammenhang mit der Häufigkeit des Anfallsgeschehens steht? Oder führt eine höhere Anfallszahl zu Persönlichkeitsveränderungen bzw. zu subjektiv stärker erlebten Beeinträchtigungen, die auf seiten der betroffenen Kinder eine Reduktion der spontanen Kontaktaufnahme bedingen? Aus dem vorliegenden Datenmaterial lassen sich diese Fragen nicht schlüssig beantworten, vermutlich spielen die erwähnten Faktoren zusammen eine Rolle für die Kontaktschwierigkeiten der Kinder.

4.5.5 Kinder mit einem IQ unter 90 gegen Kinder mit einem IQ über 90

Frage Nr. Kurzformulierung	Kinder mit IQ unter 90		Kinder mit IQ über 90		χ^2	p
	ja	nein	ja	nein		
6 Ermahnung von Lehrern wegen Unaufmerksamkeit	11	17	6	31	4,39	0,05
8 Spielkameraden sind jünger als ich	15	13	10	27	4,74	0,05
12 Regelmäßige Teilnahme am Turnunterricht	17	8	32	4	4,07	0,05
37 Lehrer netter zu mir als zu anderen Kindern	13	4	6	31	7,62	0,01

Tabelle 22

Die vier statistisch signifikanten Differenzen weisen darauf hin, daß weniger intelligente Kinder: Von ihren Lehrern häufiger wegen Unaufmerksamkeit ermahnt werden (Frage 6), jüngere Spielkameraden bevorzugen (Frage 8), unregelmäßig am Turnunterricht teilnehmen (Frage 12), sich von ihren Lehrern "netter" behandelt fühlen (Frage 37). Die unterdurchschnittlich begabten Anfallskranken erleben sich insgesamt nur unwesentlich gegenüber den normal Intelligenten benachteiligt. Erwähnenswert erscheint uns hier, daß sie offenbar weniger durchsetzungsfähig sind gegenüber Gleichaltrigen und, wie die Beantwortung der Fragen nach der Unaufmerksamkeit und Teilnahme am Turnunterricht vermuten lassen, vermehrt Auffälligkeiten hinsichtlich Konzentrationsfähigkeit und Motorik (im Sinne eines hirnorganischen Psychosyndroms?) aufweisen.

4.5.6 Jungen mit psychischen Auffälligkeiten gegen Jungen ohne psychische Auffälligkeiten

Bei einem Vergleich der Gruppen nach der Dichotomisierung in "psychische Auffälligkeiten" findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied bei den Jungen; m.a.W. in der Selbstbeurteilung und im Selbsterleben der Kinder (" Autostereotyp") äußert sich die "psychische Auffälligkeit" nicht. Die entsprechende Beurteilung durch die Eltern lieferte hingegen eine beträchtliche Anzahl von Unterschieden besonders zwischen den Jungen (s. o. Seite 53). Die diskordante Selbst- und Fremdbeurteilung läßt u.a. den Schluß zu, daß es sich bei den "Auffälligkeiten" kaum um intrapsychische, insbesondere emotionale Probleme der anfallskranken Kinder zu handeln scheint, sondern um Verhaltens- und Betragensschwierigkeiten, die zu Konflikten mit der sozialen Umgebung führen bzw. sich dort manifestieren.

4.5.7 Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten gegen Mädchen ohne psychische Auffälligkeiten

Frage Nr. Kurzformulierung	M.mit psych. Auffälligk. ja	nein	M.ohne psych. Auffälligk. ja	nein		p
13 möchte allein auf einer einsamen Insel sein	0	14	6	17	4,36	0,05

Tabelle 23

Ein Gruppenvergleich zwischen "psychisch auffälligen" und "nicht auffälligen" Mädchen brachte für die Selbstbeurteilung lediglich einen signifikanten Unterschied: Anfallskranke Mädchen o h n e psychische Auffälligkeiten würden häufiger "gern allein auf einer einsamen Insel sein". Dieses Ergebnis bedeutet eine gewisse Bestätigung für die Interpretationsbemerkungen im letzten Abschnitt, wenn man davon ausgeht, daß Rückzugs- und Isolierungstendenzen bei intrapsychisch bestehenden Konflikten stärker ausgeprägt sind. Denn besonders die als "nicht auffällig" von ihren Eltern eingestuften Mädchen zeigen in verstärktem Ausmaß die Neigung, sich aus sozialen Situationen zurückzuziehen. Die Grundlagen für die Klassifizierung der "Auffälligkeit" waren bei den Mädchen wohl auch vornehmlich Betragensschwierigkeiten.

4.5.8 Kinder mit psychischen Auffälligkeiten gegen Kinder ohne psychische Auffälligkeiten

Statistisch bedeutsame Unterschiede ergeben sich bei diesem Gruppenvergleich ebenfalls nicht. Inhaltlich bedeutet dieser Befund - wie bereits weiter oben näher erläutert - daß die von den Eltern vorgenommene Klassifizierung der psychischen Auffälligkeit sich nicht in der Selbstbeurteilung der Kinder widerspiegelt. Die sozialpsychologisch wirksamen Stereotypien existieren stärker im Sinne eines "Heterostereotyps" gegenüber den anfallskranken Kindern auf seiten der Eltern, nicht aber im Sinne eines "Autostereotyps" auf seiten der betroffenen Kinder. Außerdem besteht eine Diskrepanz zwischen diesen beiden vor allem in der Weise, daß bei den psychisch auffälligen überwie-

gend Betrachtungsschwierigkeiten konstatiert werden, diese aber sich in der Selbstbeurteilung der Kinder nicht wiederfinden.

Die erläuterten Interpretationsaspekte müssen allerdings insoweit relativiert werden, als sie sich auf das vorliegende Datenmaterial beziehen, welches ausschließlich bei anfallskranken Kindern gewonnen wurde. Der Vergleich mit einer gesunden Population würde noch genauere Aussagen darüber gestatten, in welcher Weise Fremd- und Selbstbeurteilung der epileptischen Kinder spezifisch sind für die Erkrankung und die damit in Zusammenhang stehenden Eigenarten im Verhalten, Fremd- und Selbsterleben.

4.6 Persönlichkeitsstruktur der Eltern nach FPI

Um relevante Persönlichkeitsmerkmale der Eltern testpsychologisch zu erfassen, ließen wir sie jeweils die Halbformen des Persönlichkeitsfragebogens (FPI-A) ausfüllen. Wir verfolgten damit das Ziel, Interdependenzen zwischen der Persönlichkeitsstruktur der Eltern und den anderen Variablen, wie der "Eltern-Kind-Beziehung", der Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern sowie der Selbstbeurteilung der Kinder aufzudecken.

Bei der statistischen Aufarbeitung ergaben sich jedoch Schwierigkeiten, die bislang noch nicht zufriedenstellend gelöst werden konnten. Wie bei dem Vorgehen bisher beabsichtigten wir ursprünglich, wieder Gruppenvergleiche durchzuführen und entsprechende Dichotomisierungen auf der Grundlage der Ergebnisse des Fragebogenverfahrens vorzunehmen, z. B. Extremgruppen zu bilden nach den globalen Kriterien "psychisch auffällig" versus "psychisch unauffällig".

Andererseits standen im Mittelpunkt des Interesses aber auch die Fragen, ob sich die Eltern epileptischer Kinder insgesamt hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur von der Normierungsstichprobe unterscheiden und ob Unterschiede

zwischen Vätern und Müttern bezüglich der testmetrisch überprüften psychischen Eigenarten auftreten.

Auf den Seiten im Anhang sind die Mittelwerte (gemittelte Standardwerte) und ihre Streuungen für die Eltern sowie getrennt für Mütter und Väter aufgeführt. Der schraffierte Bereich der Auswertungsbögen kennzeichnet die an der Normierungsstichprobe gewonnenen Durchschnittswerte. Eine Abweichung aus diesem Bereich zu dem einen oder dem anderen Pol der Skala hin wird im Einzelfall interpretiert als stärkere oder geringere Ausprägung des beschriebenen Persönlichkeitsmerkmals. Aus den Ergebnissen nun ist ersichtlich, daß für die Gesamtgruppe der Eltern, der Mütter sowie der Väter sich Normabweichungen nur auf wenigen Skalen nachweisen lassen und dort sind sie so minimal, daß sie keine weiteren statistisch abgesicherten Schlußfolgerungen zulassen, sondern jeweils nur Trends aufzeigen. Die Eltern der vorliegenden Untersuchung weisen somit keine normabweichenden Persönlichkeitsmerkmale auf. Die Gesamtgruppe der Eltern besitzt keine psychischen Auffälligkeiten, welche die Interaktionen mit den anfallskranken Kindern, deren Wahrnehmung und Beurteilung maßgeblich beeinflussen. Andererseits hat die Erkrankung der Kinder offenbar keine Auswirkung auf die Persönlichkeitsstruktur der Eltern.

Integriert man dieses Ergebnis in den Gesamtkontext der vorliegenden Arbeit, so scheint das Charakteristische der Interaktionen zwischen Eltern und ihren anfallskranken Kindern, wie es in den verschiedenen Beurteilungen der Kinder durch die Eltern zum Ausdruck kommt, zum Teil durch die Anfallskrankheit determiniert zu sein, wobei aber - wie oben bereits ausgeführt - nicht der Epilepsie für sich genommen die entscheidende Bedeutung zukommt. Vielmehr ist es die Einstellung der Eltern, die sich weitgehend mit dem sozialpsychologisch relevanten Heterostereotyp gegenüber Anfallskranken allgemein deckt, welche die Art der Interaktionen zwischen Eltern und Kindern sowie die Beurteilung

der Kinder durch die Eltern mitbedingt. Im Bewußtsein der Eltern spielt die Erkrankung des Kindes möglicherweise die entscheidende Rolle. Wir konnten jedoch zeigen, daß es andere Faktoren sind, welche die Eltern stärker beeinflussen wie z. B. die Intelligenz der Kinder.

5. DISKUSSION

5.1 Methodische Gesichtspunkte

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, einige wichtige Gesichtspunkte der Eltern-Kind-Beziehung in Familien mit einem epileptischen Kind zu objektivieren. Für diese Fragestellung bieten sich zumindest zwei methodische Möglichkeiten an: (1) die direkte Interaktionsbeobachtung zwischen Mutter und Kind, Vater und Kind oder Familie und Kind und (2) die indirekte Objektivierung der Eltern-Kind-Beziehung mittels Befragung der Eltern und der Kinder.

Wir haben uns in dieser Arbeit aus verschiedenen Gründen für den zweiten Weg entschieden: Einmal ist die direkte Verhaltensbeurteilung methodisch außerordentlich schwierig. Obwohl sie zunächst als die naheliegendste Methode erscheint, ist sie sehr schwer und nur unter Zuhilfenahme spezieller Beurteilungsinstrumente (z.B. Skalen) durchführbar. Ein zweiter Gesichtspunkt, der gegen die Anwendung der Methode der direkten Verhaltensbeobachtung spricht, ist die Tatsache, daß im Rahmen einer kurzfristigen Untersuchung wahrscheinlich nicht das originäre und meist praktizierte Verhalten zwischen Mutter und Kind zu beobachten sein wird. Man kann davon ausgehen, daß man mehrere Sitzungen benötigt, um das "native und normale" Verhalten registrieren zu können. Schließlich fehlten auch die technischen Hilfsmittel für eine Interaktionsbeobachtung (z.B. Videoaufnahmen mit begrenzten Reproduktionsmöglichkeiten). Andererseits liegen aber durchaus positive Erfahrungen mit der direkten Interviewmethode vor (BROWN und RUTTER 1966), so daß sich dieses Vorgehen durchaus als brauchbar erweist. Ein weiterer Vorteil dieser Methode liegt auch darin, daß im Rahmen der direkten Befragung auch das Erleben und Selbsterleben (nicht nur das Verhalten) erfaßt werden kann - und gerade dies ist sowohl beim anfallskranken Kind als auch bei seiner Familie von allergrößter Bedeutung.

Als weiterer methodischer Gesichtspunkt wurde auch die

Frage der Einbeziehung einer Kontrollgruppe diskutiert. Es wäre zweifellos wünschenswert gewesen, wenn zu verschiedenen Aspekten die Ergebnisse von Kindern ohne Anfälle, eventuell sogar die Ergebnisse von Kindern, die an einer anderen chronischen Erkrankung leiden, als Vergleichsbasis zur Verfügung gestanden hätten. Andererseits ist aber ein solcher Vergleich für eine Reihe von Aspekten gar nicht möglich, da anfallskranke Kinder und ihre Familien sich in einer ganz besonderen Situation befinden, die mit der Situation von Familien, die ein anderweitig behindertes Kind haben, nicht ohne weiteres vergleichbar ist. Aus solchen Gründen wurde daher auf einen Vergleich verzichtet. Da die Vermutung bestand, daß Kinder bzw. Familien mit ganz spezifischen Eigenheiten sich von anderen unterscheiden, wurden innerhalb der Gruppe mehrere Untergruppen gebildet, so daß der Gesichtspunkt des Vergleiches von Subgruppen keineswegs vernachlässigt wurde.

5.2 Ergebnisse

Im folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit diskutiert und mit den Ergebnissen der Literatur in Beziehung gesetzt werden. Diese sind: die Sicht und Beurteilung der Eltern, die Persönlichkeitsstruktur der Eltern und das Selbsterleben der Kinder.

5.2.1 Sicht und Beurteilung der Eltern

5.2.1.1 Zur Eltern-Kind-Beziehung

In unserer Stichprobe überwogen eindeutig die Mütter (n = 68) gegenüber den Vätern (n = 22). Aufgrund dieser ungleichen Verteilung müssen alle Vergleiche zwischen Vätern und Müttern und deren Einstellungen mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden. Denn es ist vielleicht anzunehmen, daß nur die besonders interessierten und für die Erkrankung ihres Kindes besonders aufgeschlossenen Väter mit zur Untersuchung kamen. Der Vergleich zwischen Vätern und Müttern kann also demnach nicht unbedingt als repräsentativ angesehen werden.

Immerhin zeigen sich bei diesem Vergleich Unterschiede, die stets in die gleiche Richtung deuten: Sie besagen, daß die Mütter häufiger als die Väter die "negativen Wesenszüge" ihrer anfallskranken Kinder sehen, sie aber für weniger gefährdet durch andere Erkrankungen halten als die Väter. Schließlich sind die Mütter auch der Ansicht, daß die Kinder häufig gelobt und bestätigt werden sollten. Dieses Ergebnis kann in mehrfacher Weise interpretiert werden. Einerseits könnte man annehmen, daß die Mütter ihre Kinder vielleicht "realistischer sehen", weil sie häufiger mit Erziehungsproblemen konfrontiert werden als die Väter und mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen. Zum anderen könnten sie auch die Störungen der Kinder überbewerten bzw. auch infolge der Schuldgefühle zu einer überprotektiven Haltung neigen (Notwendigkeit, die Kinder zu loben). Ob diese Einschätzung der Mütter einen Hinweis auf eine eigene psychische Störung bedeutet, muß dahingestellt bleiben. WERBENJAK und STROTZKA (1952) haben in ihrer Stichprobe jedenfalls eine hohe Auffälligkeit der Mütter anfallskranker Kinder festgestellt und auch eine übermäßig starke Bindung der Kinder an die Mutter. Da wir in einem Persönlichkeitstest keine Anhaltspunkte dafür haben, daß sich die Mütter von einer Normalpopulation hinsichtlich auffälliger Persönlichkeitszüge unterscheiden, können zumindest strukturelle Persönlichkeitsmerkmale der Mütter für diese Einschätzung nicht verantwortlich gemacht werden.

Für die Sicht und Beurteilung der Eltern schienen uns ferner folgende Gesichtspunkte bedeutsam: psychische Auffälligkeit oder Unauffälligkeit der Kinder, Geschlecht der Kinder, Lebensalter der Eltern, Intelligenz und Anfallsfrequenz der Kinder. Auf alle diese Faktoren soll im folgenden eingegangen werden. Im Hinblick auf das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten war die Beurteilung der Jungen bzw. der Mädchen durch ihre Eltern gleichermaßen interessant. 24 von 42 Mädchen waren als auffällig

klassifiziert worden. Bei einem Vergleich der Elternurteile über die psychisch auffälligen gegenüber den psychisch unauffälligen Mädchen ergaben sich jedoch nur wenige signifikante Unterschiede, die gleichwohl recht interessant erscheinen. So wurden die psychisch auffälligen Mädchen als stärker durchsetzungsfähig und mutwillig aggressiv bezeichnet, während die Eltern von sich gleichzeitig sagten, sie hätten öfter Gedanken, die andere nicht wissen dürften. Ohne allzu sehr spekulieren zu müssen, dürfte dies wohl in die Richtung einer unbewußten Ablehnung oder gar in Richtung von "Todeswünschen" deuten, die aus den Untersuchungen von NAVRATIL und STROTZKA (1954) und WERBENJAK und STROTZKA (1953) hinreichend bekannt sind. Im Hinblick auf die Eltern-Kind-Beziehung ergaben sich zwischen den Eltern psychisch auffälliger und psychisch unauffälliger Jungen noch weitaus mehr Unterschiede. Der Anteil der psychisch auffälligen Jungen war nicht höher als der der Mädchen (25 von 47). Die Interaktion in Familien mit einem anfallskranken psychisch besonders auffälligen Jungen dürfte jedoch besonders problematisch sein. Diese Problematik bezieht sich sowohl auf Einschränkungen, die die Familie in Kauf nehmen muß, auf die besondere Häufung gravierender Erziehungsprobleme, auf die Angst, dem Kind könnte etwas zustoßen, wenn es allein ist und viele andere Gesichtspunkte, die die besondere Irritation dieser Familien zeigen. Die Eltern dieser Jungen fühlten sich insgesamt eingeschränkt und deutlich "unglücklicher" als die Eltern von anfallskranken Jungen, die nicht als psychisch auffällig klassifiziert worden waren. In den unterschiedlichen Beurteilungen der Töchter und der Söhne dürfte sich ein sozialpsychologisches Stereotyp abzeichnen. Die Eltern könnten aber auch der Tatsache Rechnung tragen, daß psychische Auffälligkeiten sich generell häufiger bei Jungen zeigen, was für anfallskranke Jungen in besonderem Maße gilt. Dies wurde in letzter Zeit insbesondere durch die Untersuchungen von STORES und Mitarbeitern nachgewiesen. Diese Arbeitsgruppe konnte zeigen, daß anfallskranke Jungen sowohl

häufiger Leseschwierigkeiten aufweisen (STORES und HART1976) als anfallskranke Mädchen, daß sie auch häufiger Beeinträchtigungen ihres Aufmerksamkeitsverhaltens zeigen sowie häufiger dissoziales Verhalten, Angst, Hyperaktivität und soziale Isolation aufweisen (STORES 1977) und daß man bei ihnen auch, häufiger als bei anfallskranken Mädchen, eine stärkere Mutterbindung registrieren kann.

Es ist interessant, daß die Geschlechterunterschiede ziemlich konstant nachzuweisen sind und sich auch in der direkten Verhaltenseinschätzung des Kindes durch die Eltern zeigen, worauf noch einzugehen sein wird. Beim Vergleich der Urteile von Eltern, die nur ein Kind haben, mit solchen, die mehrere Kinder haben, ergaben sich nur zwei statistisch bedeutsame Unterschiede, die darauf hinweisen, daß die Eltern von Einzelkindern der Ansicht sind, ihr Kind brauche mehr Fürsorge, sei aber weniger anhänglich. Dies könnte dadurch bedingt sein, daß die Eltern weniger Vergleichsmöglichkeiten haben.

Sicht und Beurteilung der Eltern im Hinblick auf die Einschätzung ihres Kindes und die Eltern-Kind-Beziehung korrelieren auch deutlich mit der Intelligenz des Kindes. In den meisten Studien, die in der Literatur zu finden waren, wurde dieser Sachverhalt merkwürdigerweise nicht geprüft. Unsere Daten sprechen jedenfalls eindeutig dafür, daß sich die Beziehung zwischen den Eltern und ihren anfallskranken Kindern besonders problematisch gestaltet, wenn die Kinder minderbegabt sind. Einerseits sehen die Eltern ein, daß ihre intellektuell limitierten Kinder mehr Unterstützung und Fürsorge benötigen, gleichzeitig fühlen sie sich aber unglücklicher und geben häufiger "Gedanken an, die andere nicht wissen dürfen", was im Sinne einer stärkeren Ablehnung ihrer Kinder im Vergleich zu Eltern mit normalbegabten anfallskranken Kindern interpretiert werden kann. Es ist in diesem Zusammenhang schwer zu entscheiden, ob diese Elemente der Eltern-Kind-Beziehung primär durch

die Anfallskrankheit, durch das Vorliegen einer Minderbegabung oder durch eine Wechselwirkung beider Faktoren bedingt sind. Möglicherweise wird aber auch das Vorliegen einer Epilepsie bei einem Kind auch dann in der Familie als ein besonderer Makel angesehen, wenn das Kind zusätzlich minderbegabt ist. Da dieser familiäre Makel sehr häufig mit Schuldgefühlen einhergeht, sind auch die überprotektiven Tendenzen in der Familie verständlich. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Ausführungen von SCHWEINGRUBER (1968), FREUDENBERG (1968) und WERBENJAK und STROTZKA (1953).

Bei der Berücksichtigung des Lebensalters der Eltern im Hinblick auf die Eltern-Kind-Beziehung zeigte sich, daß Eltern über 40 im Vergleich zu solchen unter 40 sich als unglücklicher erleben, ihr Kind als anhänglicher und daß sie andere Geschwister häufiger als Vorbild ihrem anfallskranken Kind vor Augen stellen. Besonders interessant war, daß offenbar die Anzahl der Anfälle Einstellung und Haltung der Eltern gegenüber ihrem anfallskranken Kind nicht besonders beeinflußt. Der einzige statistische Unterschied in den Fragen zur Eltern-Kind-Beziehung zwischen Eltern von Kindern, die mehr als 10 Anfälle hatten gegenüber solchen, deren Kinder weniger hatten, zeigte sich in der Neigung der erstgenannten Gruppe, ihre Kinder "ohne ersichtlichen Grund zu maßregeln". Es wäre verfehlt, aus diesem einzigen Ergebnis zu weitreichende Schlüsse zu ziehen. Es kann jedoch hier darauf hingewiesen werden, daß es mit den Untersuchungen von HAUCK (1969, 1973) übereinstimmt, wonach mit einer besonders restriktiven und autoritären Haltung der Eltern (insbesondere Neigung zur Bestrafung) ein geringer Heilerfolg der Epilepsie verbunden war. Auf der anderen Seite ist es verwunderlich, daß andere Faktoren zwischen diesen beiden Gruppen von Kindern bzw. Familien nicht differenzieren.

5.2.1.2 Zur Verhaltensbeurteilung des Kindes

Die bislang angeführten Ergebnisse lassen sich fast durchweg mit der zweiten angewandten Methode bestätigen. Während die Eltern-Kind-Beziehung durch Fragen an die Eltern objektiviert werden sollte, hatte die Verhaltensbeurteilung anhand einer fünfstufigen Skala zum Ziel, konkret das Verhalten der Kinder durch ihre Eltern einschätzen zu lassen. Auch hierbei ließen sich verschiedene Gesichtspunkte unterscheiden, die im wesentlichen mit denjenigen zur Eltern-Kind-Beziehung weitgehend übereinstimmen.

So ergab sich auch hier, daß Mütter ihre anfallskranken Kinder als auffälliger einstuften als Väter. Psychisch auffällige Kinder werden naturgemäß als stärker gestört eingestuft als psychisch unauffällige. Es sind hierbei insbesondere die Eigenschaften jähzornig, egoistisch sowie langsam und träge. Wiederum zeigt sich hier, daß sich zwischen auffälligen und unauffälligen Mädchen nur wenige Unterschiede im Elternurteil ergeben, hingegen weitaus mehr bei den Jungen (Vergleich psychisch auffälliger versus psychisch unauffälliger Jungen). So werden psychisch auffällige Jungen von ihren Eltern als pedantisch, jähzornig, ängstlich, empfindsam sowie langsam und träge beurteilt. Auch hier erhebt sich die Frage, ob die Eltern ein realistisches Bild von den Störungen ihrer Kinder haben oder ob sie einem sozialen Stereotyp erliegen. Berücksichtigt man die Ergebnisse in der Literatur (auch hier sei wiederum auf die Untersuchungen von STORES und Mitarbeitern hingewiesen), so sind in der Tat die anfallskranken Jungen auffälliger. Es läßt sich daraus aber auch ableiten, gleichgültig ob sie in Wirklichkeit auffälliger sind oder nur als auffällig eingestuft werden, daß sie mit massiveren Einschränkungen und Hindernissen hinsichtlich ihrer Entwicklung rechnen müssen als die Mädchen. Dies hängt nicht zuletzt auch mit der Tatsache zusammen, daß an Jungen höhere Anforderungen als an Mädchen gestellt werden. Eltern von Einzelkindern zeigten gegenüber

Eltern von Mehrfachkindern nur wenige Unterschiede in der Einschätzung ihres anfallskranken Kindes.

Mit der Intelligenz ergab sich wiederum eine ganz eindeutige Korrelation zum Elternurteil. In 11 von 75 Verhaltenskategorien waren statisch bedeutsame Unterschiede zwischen normalintelligenten und minderbegabten Kindern nachweisbar. Danach werden die intelligenteren Kinder als geselliger, kontaktbereiter und selbstbewußter beurteilt, während die minderbegabten als lebensuntüchtiger, gefährlicher, träger und kontaktärmer angesehen werden. Auch hier ist wiederum zu fragen, ob diese Einschätzung ein Spezifikum für die anfallskranken Kinder ist oder generell mit einer Einschränkung dieser Kinder bzw. dem Urteil darüber zusammenhängt.

Zwischen Jungen und Mädchen ergaben sich in der Einschätzung ihrer Eltern wiederum deutliche Unterschiede. Die Jungen wurden, im Einklang mit der Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung, als auffälliger angesehen. Sie wurden als schüchterner, unsicherer, bescheidener, nervöser, leichter versagend, träger und fauler angesehen. Diese Beurteilung bezieht sich auf die Gesamtgruppe der Eltern (also Väter und Mütter).

Berücksichtigt man das Lebensalter der Eltern, so ergibt sich die Tendenz, daß die über 40-jährigen Eltern ihren anfallskranken Kindern tendenziell mehr negative Eigenschaften unterstellen, und daß sie das Empfinden haben, durch ihre Kinder stärker belastet zu sein. In Korrelation zur Frequenz der Anfälle ergaben sich wiederum kaum signifikante Unterschiede im Urteil der Eltern über ihre Kinder mit mehr als 10 bzw. weniger als 10 Anfällen.

Bislang läßt sich festhalten, daß sowohl im Hinblick auf die Eltern-Kind-Beziehung als auch hinsichtlich der Verhaltenseinschätzung ihrer Kinder die von den Eltern gewonnenen Angaben in hohem Maße übereinstimmen. Daraus

läßt sich folgern, daß systematische Fehlertendenzen wohl nicht vorhanden sein dürften.

5.2.2 Persönlichkeitsstruktur der Eltern

Da in der Literatur mehrfach von einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur der Eltern, insbesondere der Mütter die Rede ist (GOMES-FERRER, 1968; NAVRATIL und STROTZKA, 1954; WERBENJAK und STROTZKA, 1953), wurde die Persönlichkeitsstruktur der Eltern mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) erfaßt. Die Mittelwertprofile zeigen sowohl für die Mütter als auch für die Väter Befunde, die mit wenigen Ausnahmen im Normbereich liegen. Beim Profil der Mütter fiel lediglich der Wert in der Skala Aggressivität und der Skala Offenheit geringfügig aus der Norm: hinsichtlich der Skala Aggressivität eher im Sinne eines nichtaggressiven und beherrschten Verhaltens, in der Skala Offenheit eher in Richtung einer verschlossenen und unkritischen Haltung. Bei den Vätern war in den gleichen Skalen eine geringfügige Normabweichung festzustellen, die jedoch nicht als pathologisch anzusehen ist. Es ist natürlich nicht auszuschließen und ließ sich im Einzelfall auch zeigen, daß bei einzelnen Eltern ein Persönlichkeitsprofil vorlag, das für gewisse psychopathologisch auffällige Eigenschaften sprach, jedoch trifft dies weder für die Gesamtgruppe der Mütter noch für die Gesamtgruppe der Väter zu. Insofern müssen wir denjenigen Untersuchungen widersprechen, die in erheblichem Ausmaße Persönlichkeitsauffälligkeiten der Eltern herausgestellt haben. Wir teilen vielmehr den Standpunkt von GEBELT (1971), der Lebensumständen eine weitaus größere Bedeutung für die psychosoziale Prognose und die psychischen Auffälligkeiten der Kinder beimißt als der Persönlichkeitsstruktur ihrer Eltern. Auch PACHE (1965) äußert sich in dieser Richtung. Wenngleich nicht auszuschließen ist, daß in dem einen oder anderen Fall die Persönlichkeitsstruktur eines Elternteiles von Bedeutung für das Verhalten der Kinder ist, so ließ sich diese Tendenz insgesamt jedoch nicht nachweisen.

5.2.3 Selbsterleben des Kindes

Interessant war herauszufinden, in welcher Weise sich die Erkrankung im Selbsterleben der Kinder widerspiegelt und ob das Selbsterleben des Kindes mit den bislang gewonnenen Ergebnissen korreliert. Im Hinblick auf diese Fragen zeigte sich, daß Kinder von Eltern über 40 Jahren sich insgesamt stärker benachteiligt fühlten. Sie fühlten sich häufiger ohne Grund bestraft und nahmen häufiger als Kinder jüngerer Eltern an, daß ihre "Mutter" sie nicht lieb hat. Interessant und im Widerspruch zu den Ergebnissen hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehung und der Verhaltenseinschätzung des Kindes war, daß sich im Selbsterleben anfallskranker Kinder das Geschlecht nicht widerspiegelt. Zwischen Jungen und Mädchen gab es mit Ausnahme der Tatsache, daß sich Jungen häufiger krank fühlen, keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Dem gegenüber wiesen alle anderen Ergebnisse in die Richtung einer stärkeren Auffälligkeit der Jungen. Berücksichtigt man die Anfallsfrequenz, so zeigt sich allerdings, daß Kinder, die mehr als 10 epileptische Anfälle erlitten haben, mehr über Kontaktschwierigkeiten klagen und häufiger absichtlich Sachen zerstören. Dieses Ergebnis stimmt mit der Beurteilung der Eltern insofern überein, als auch Eltern von Kindern mit hoher Anfallszahl diese als wenig gesellig und zurückgezogen einschätzen. Danach dürfte zutreffen, daß Kinder in Abhängigkeit von der Anfallszahl in ihrem Kontakt- und Sozialverhalten beeinträchtigt werden. Dabei ist schwer zu sagen, ob dies mehr im Sinne einer sozialen Beeinträchtigung oder als sekundäre Folge der Anfallsauswirkung angesehen werden kann. Es spricht vieles für ersteres, denn bei geringer Anfallszahl (eine sehr hohe Anfallsfrequenz war überhaupt nicht vorgekommen) können schwerwiegende Persönlichkeitsveränderungen nicht ohne weiteres erwartet werden. Da in der Literatur zum Selbsterleben anfallskranker Kinder kaum Daten vorliegen, haben wir nicht die Möglichkeit des Ergebnisvergleiches.

Betrachtet man das Selbsterleben der Erkrankung und der eigenen Situation in Abhängigkeit von der Intelligenz, so ergeben sich ebenfalls einige statistisch bedeutsame Unterschiede. Die weniger intelligenten Kinder geben an, von ihren Lehrern häufiger ermahnt zu werden, jüngere Spielkameraden zu bevorzugen und unregelmäßiger am Turnunterricht teilzunehmen. Darin sind deutliche Gefühle der Benachteiligung zu sehen. Bei einer Gegenüberstellung von psychisch auffälligen und psychisch unauffälligen Jungen sowie beim analogen Vergleich von Mädchen ergaben sich keine Unterschiede. Dies bedeutet, daß hier eine erhebliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung festzustellen ist. Da, wie in den vorhergehenden Abschnitten gezeigt, sowohl die Eltern-Kind-Beziehung als auch das Verhalten der psychisch auffälligen Kinder im Vergleich zu den unauffälligen als erheblich störend angesehen wurde, bedeutet dies, daß die Kinder selbst ihre "Auffälligkeiten" entweder nicht wahrnehmen oder aber nicht besitzen, wobei sie ihnen zugeschrieben werden. Diese Frage ist nicht ohne weiteres entscheidbar, es läßt sich aber sagen, daß diese Kinder in ihrem Sozialverhalten erhebliche Konflikte auslösen, auch wenn sie diese in der eigenen Beurteilung nicht realisieren. Auch bei einem Vergleich der Gesamtzahl der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten (Jungen und Mädchen) mit solchen ohne psychische Auffälligkeiten ergaben sich keine Unterschiede. Es zeigt sich also auch hier, daß die von den Eltern vorgenommene Einschätzung sich nicht im Erleben der Kinder widerspiegelt. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob und inwieweit die psychischen Störungen der Kinder vorwiegend auf ihre Erkrankung oder vorwiegend auf reaktive Faktoren bzw. auf die Wechselwirkung beider zurückgeführt werden können.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Nach einer Literaturübersicht zum Thema, die sich mit statistischen, kasuistischen, testpsychologischen und experimentellen, tiefenpsychologisch und sozialpsychologisch orientierten Untersuchungen beschäftigt, wird eine eigene Untersuchung an 80 Familien mit einem anfallskranken Kind dargestellt.

In dieser Untersuchung kam es darauf an, mit Hilfe verschiedener methodischer Zugangswege die Eltern-Kind-Beziehung, Verhaltensbeurteilungen des Kindes durch die Eltern sowie das Selbsterleben des anfallskranken Kindes zu erfassen. Angewandt wurden ein Fragebogen zum Anfallsgeschehen, ein Fragebogen zu persönlichen und sozialen Daten, ein weiterer zur Eltern-Kind-Beziehung, ferner eine Skala zur Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern, ein Persönlichkeitstest durchgeführt an den Eltern (Freiburger Persönlichkeitsinventar) und ein Fragebogen zum Selbsterleben für das Kind.

Die Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

(1) Zum Anfallsgeschehen
30 der Kinder hatten reine Grand mal-Anfälle. In 7 Fällen traten psychomotorische Anfälle und in 5 Fällen Absencen auf. 38 Kinder litten an gemischten Anfallsformen. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 53 Kinder bis zu 10 Anfälle, 9 Kinder 10 - 20 und 18 Kinder mehr als 20 Anfälle durchgemacht. Nach Behandlungsbeginn ergab sich eine erhebliche Reduktion der Anfälle.

(2) Zur Eltern-Kind-Beziehung
Die anfallskranken Kinder wurden durch ihre Mütter durchweg als auffälliger eingestuft als durch ihre Väter. Jungen wurden als auffälliger angesehen als Mädchen, psychisch auffällige Jungen wurden im

Vergleich zu psychisch unauffälligen Jungen von den Eltern als stärker psychopathologisch auffällig eingeschätzt. Für die Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung spielte ferner die Intelligenz eine wesentliche Rolle. In Familien mit einem minderbegabten anfallskranken Kind wurden mehr Schwierigkeiten hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehung angegeben als in Familien mit einem normalbegabten anfallskranken Kind. Auch das Lebensalter der Eltern und die bislang registrierte Anfallsfrequenz der Kinder hatte einen Einfluß auf die Eltern-Kind-Beziehung.

(3) Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Eltern
Auch hier zeigte sich, daß Mütter ihre Kinder als auffälliger einstuften als die Väter, psychisch auffällige Kinder als auffälliger eingeschätzt wurden als psychisch unauffällige , Jungen wiederum häufiger als Mädchen. Minderbegabte anfallskranke Kinder wurden von ihren Eltern negativer eingeschätzt als normalbegabte. Hervorgehoben wurde vor allem, daß sie weniger lebenstüchtig, einzelgängerisch, gefährlicher und träger seien und daß sie leichter versagten. Relativ alte Eltern (über 40 Jahre) schrieben ihren anfallskranken Kindern tendenziell mehr negative Eigenschaften zu als jüngere Eltern und empfanden ihre Kinder als stärkere Belastung.

(4) Selbsterleben des Kindes
Kinder von relativ alten Eltern (über 40 Jahre) fühlten sich häufiger ohne Grund gestraft und weniger von ihren Müttern angenommen. Die in der Verhaltensbeurteilung der Eltern aufgefundenen Geschlechtsunterschiede ließen sich im Selbsterleben nicht eruieren, wohl spielten aber Anfallsfrequenz und Intelligenz im Selbsterleben der Kinder eine wichtige Rolle. Kinder mit relativ hoher Anfallsfrequenz empfanden sich als stärker isoliert und zugleich als aggressiv. Kinder mit relativ niedriger Intelligenz (IQ unter 90) gaben an, häufiger in der

Schule ermahnt zu werden und jüngere Spielkameraden zu bevorzugen. Die von den Eltern angegebenen psychischen Auffälligkeiten bei Jungen wie bei Mädchen wiesen keinerlei Entsprechungen im Selbsterleben auf. Dies galt auch für die Gesamtgruppe (Jungen und Mädchen zusammen).

(5) Persönlichkeitsstruktur der Eltern
Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) ergaben sich weder für die Gruppe der Mütter noch für die Gruppe der Väter auffällige Persönlichkeitszüge.

LITERATURVERZEICHNIS

BAGLEY, Chr.: The social psychology of the child with epilepsy.
R. & K. Paul, London, 1971.

BAGLEY, Chr.: Social, Psychological and Neurological Factors and Behaviour Disorders in Epileptic Children: A Taxonomic Study. In: Acta Paedopsychiatrica, Vol. 38.
Schwabe & Co. Verlag, Basel-Stuttgart, 1971.

BAMBERGER, Ph., MATTHES, A.: Anfälle im Kindesalter.
Karger, Basel-New York, 1959.

BAMBERGER, Ph., MATTHES, A.: Moderne Gesichtspunkte zur Therapie chronischer Anfallsleiden.
Mschr.Kinderheilk. 112, 127-129 (1964).

BAMBERGER, Ph., MATTHES, A.: Eine neue Therapiemöglichkeit des Status epilepticus im Kindesalter mit Valium i.v.
Z.Kinderheilk. 95, 155 (1966).

BARCIA, D., GOMEZ-FERRER, C.: El significado de las actitudes maternas en la conducta de la epilepsia infantil.
Rev. Psigniat. Psicol. med. 8, 409-429 (1968).

BRACKEN, H.v.: Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen.
Marhold-Verlag, Berlin, 1976.

BRIDGE, E.M.: Epilepsy and Convulsive Disorders in Children.
McGraw-Hill, New York-Toronto-London, 1949.
Zit. in: LORENTZ DE HAAS, A.M.: Social Aspects of Epilepsy in Childhood.
Epilepsia 3, 44-55 (1962)

BROWN, G.W., RUTTER, M.L.: The measurement of family activities and relationship - a methodological study.
Hum.Relat. 19, 241-63, 1966.

CAVENESS, W.: A survey of public attitudes toward epilepsy.
Epilepsia 2, 19-26 (1949).

CAVENESS, W.: A survey of public attitudes toward epilepsy.
Epilepsia 3, 99-102 (1954)

CAVENESS, W.: Trend in public attitudes over the past decade.
Epilepsia 4,1, 385-393 (1959/60).

CAVENESS, W.; MERRIT, H.H.: A survey of public attitudes toward epilepsy in 1964.
Epilepsia 6, 75-86 (1965)

DUMERMUTH, G.: Klinik und Therapie der Absenzen-epilepsie.
Schwz.Med.Wschr. 92, Nr.26: 802-805 (1962)

FREUDENBERG, D.: Leistungs- und Verhaltensstörungen bei kindlichen Epilepsien.
Karger, Basel, 1968.

FREUDENBERG, D.: Die Pyknolepsie des Kindesalters. Eine psychodiagnostische Untersuchung.
Phil.Diss., Freiburg, 1971.

FREUDENBERG, D.: Bewußtseinsnahe und bewußtseinsferne Widerstände gegen die antiepileptische Therapie bei den Angehörigen epileptischer Kinder.
In: KRUSE, R.: Epilepsie.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971.

FREUDENBERG, D.: Psychologische Probleme bei der Langzeitbetreuung epilepsiekranker Kinder.
In: PENIN, H. (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen.
F. Schattauer, Stuttgart-New York, 1973.

GANNER, H.: Zur Frage der Wesensänderung bei Epilepsie. Vom klinisch-psychiatrischen Standpunkt aus.
Wien.klin.Wschr. 80, 357-360, 1968.

GEBELT, H.: Psychische und soziale Prognose der Epilepsie im Kindes- und Jugendalter.
Barth, Leipzig, 1971.

GÖTT, H.: Das epileptische Kind in der außerhäuslichen Situation.
Landarzt 41, 543, 1959.

HAUCK, G.: Die Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in USA und Deutschland.
Nervenarzt 39, 181-183, 1968.

HAUCK, G.:Soziale Ursachen und Folgen von kindlicher Epilepsie.
Soc.Psychiat. 4, 32-42, 1969.

HAUCK, G.: Autoritarismus und Epilepsie.
In: PENIN, H. (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie.
Schattauer, Stuttgart 1973.

HIRSCHMANN, J.: Berufsprobleme bei Anfallskranken.
Med. Sachverständige 64, 91-95, 1968.

HOFF, H., STROTZKA, H.: Die Psychotherapie der Epilepsie.
Hdb. der Neurosenlehre, Bd. IV.
Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1959.

JANZ, D.: Die Rehabilitation von Epileptikern im Rahmen einer Ambulanz.
Ärztl. Mitt. (Köln) 43, 1227, 1958.

JANZ, D.: Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.

JEAUVONS, P.M., BOWER, B.D., DIMITRAKOVDI, M.: Long-term Prognosis of 150 Cases of "West Syndrome".
Epilepsia 14, 153-164, 1973.

KANNER, L.: Child-Psychiatry. 3. Aufl.
Charles C. Thomas, Springfield, 1962.

KLIEMKE, E.: Das psychologische Bild der Anfallskranken und die Bedeutung des Epileptikers in Deutschland.
Rehabilitation 2, 123 (1963)

KRUSE, R.: Epilepsie - Therapie im Kindesalter.
Päd. Fortbildungskurse, Vol. 26, 85-115.
Karger, Basel-New York, 1969.

KRUSE, R.: Epilepsie. Therapie - Indikation. Neue Antiepileptica. Therapie - Resistenz.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971.

LEMPP, R.: Die zerebralen Anfallskrankheiten im Kindesalter.
In: W. SCHULTE: Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis.
J.F. Lehmanns Verlag, München, 1964.

LEMPP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose.
2. Aufl. Huber, Bern und Stuttgart, 1970.

LEMPP, R.: Die Schulleistungsfähigkeit epileptischer Kinder und ihre körperlichen und soziologischen Bedingungen.
Dtsche.Med.Wschr. 12, 629-633, 1970.

LENNOX, W.J.: Science and Seizures.
Harper and Bros., New York, 1941. Zit. in R. TAVRIGER: Some Parental Theories about the Causes of Epilepsy.
Epilepsia 7, 339-343, 1966.

LORENTZ DE HAAS, A.M.: Social Aspects of Epilepsy in Childhood.
Epilepsia 3, 44-55, 1962.

LUTZ, J.: Psychiatrische Aspekte der kindlichen Epilepsie.
Päd.Fortbildungskurse, Vol. 26, 76-80.
Karger, Basel-New York, 1969.

MATTHES, A.: Psychische Veränderungen bei moderner antiepileptischer Therapie im Kindesalter.
Z. Kinderheilk. 76, 167, 1955.

MATTHES, A.: Die psychomotorische Epilepsie im Kindesalter.
Z. Kinderheilk. 85, 455, 1961.

MATTHES, A.: Psychische Veränderungen bei kindlichen Epilepsien.
Nervenarzt 32, 2,1961.

MATTHES, A.: Epilepsie-Fibel.
Thieme, Stuttgart, 1969.

MOOG, W., MOOG, E.S.: Die Entwicklungspsychologische Bedeutung von Umweltbedingungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Hrsgb. von K. ZIMMERMANN, Kassel.
Marhold, Berlin, 1972.

NAVRATIL, L., STROTZKA, H.: Die Kind-Mutter-Relation bei epileptischen Kindern.
Wien.Arch.Psychol.Psychiatr.Neurol. 4, 36-52, 1954.

NISSEN, G.: Klinik und Therapie der Epilepsie im Kindesalter.
Monatsschr. f. Kinderheilk. 118, 624-629, 1970.

PACHE, H.D.: Fragen der geistig-seelischen Entwicklung und schulischen Betreuung anfallskranker Kinder.
Landarzt 41, 1250, 1965.

PENIN, H.: Psychische Störungen bei Epilepsie, Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen.
Schattauer, Stuttgart-New York, 1973.

PERNSTICH, G.: Über die epileptische Wesensänderung.
Wien.klin.Wschr. 5, 700, 1957.

REMPLEIN, H.: Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter. 7. Aufl.
Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel, 1958.

REMSCHMIDT, H.: Chronische Psychosyndrome bei Epileptikern.
Med.Klin. 64, 1465-1470, 1969.

REMSCHMIDT, H.: Sind Patienten mit temporaler Epilepsie besonders auffällig ?
Nervenarzt 41, 561-564, 1970.

REMSCHMIDT, H.: Experimentelle Untersuchungen zur sogenannten epileptischen Wesensänderung.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 38, 524-540, 1970.

REMSCHMIDT, H.: Experimentelle Untersuchungen zum Perseverationsverhalten von Epileptikern.
Arch.Neurol.Psychiat. 215, 315-324, 1972.

REMSCHMIDT, H.: Vorurteile gegenüber Anfallskranken.
Nervenarzt 43, 1972.

RICHTER, H.E.: Eltern, Kind und Neurose. 4. Aufl.
Rowohlt Taschenbuchverlag, Hamburg, 1969.

RUTTER, M., TIZARD, J., WHITMORE, K.: Education, Health and Behaviour.
Longmans, London 1970.

SCHULTE, W.: Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis.
J.F. Lehmanns Verlag, München, 1964.

SCHULTE, W.: Zum Sozialprestige des Epileptikers.
Psychiatr. et Neurol. 145, 1965.

SCHULTE, W.: Stellung des Anfallskranken in der Gesellschaft.
Therapiewoche 17, 75; 1967.

SCHULTE. W.: Epilepsie in der Sicht des Patienten.
Nervenarzt 38, 296-301, 1967.

SCHWEINGRUBER, R.: Psycho- und Soziotherapie der Epilepsie.
Fortbildungskurse schweiz.Ges.Psych., Vol.2: 49-54.
Karger, Basel-New York, 1968.

SPRANGER, E.: Psychologie des Jugendalters. 28. Aufl.
Quelle und Meyer, Heidelberg, 1966.

STAPF, K.H., HERRMANN, T., STAPF, A., STÄCKER, K.H.: Psychologie des elterlichen Erziehungsstils.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1972.

STORES, G., HART, J.A.: Reading skills in children with generalized or focal epilepsy attending ordinary school.
Develop.Med.Child.Neurol. 18, 705-716, 1976.

STORES, G.: Behaviour disturbance and type of epilepsy in children attending ordinary school.
In: PENRY, J.K. (Ed.): Epilepsy: Proceedings of the 8th International Symposium.
Raven, New York 1977.

STORES, G., PIRAN, N.: Dependency of different types in schoolchildren with epilepsy.
Psychol.Med. 8,441-445, 1978.

STORES, G., HART, J., PIRAN, N.: Inattentiveness in school-children with epilepsy.
Epilepsia 19, 169-175, 1978.

STORES, G.: School-children with epilepsy at risk for learning and behaviour problems.
Develop.Med.Child Neurl. 20, 502-508, 1978.

STROTZKA, H.: Sozialpsychiatrische Aspekte der Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen. In: Sozialpsychiatrische Untersuchungen.
Springer, Wien, 1958.

STUTTE, H.: Krampfleiden bei Kindern, die Prognose chronischer Erkrankungen.
Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.

STUTTE, H.: Zwangsaffekte und paroxysmale Lach- und Weinausbrüche als Epilepsie-Symptom.
Nervenarzt 34, 190, 1963.

TAYLOR, A.C.: Differential rates of cerebral maturation between the sexes and between the hemisphares: Evidence from epilepsy.
Lancet ii, 140-142, 1969.

WARD, F., BOWER, B.D.: A study of certain social aspects of epilepsy in childhood.
Develop.Med.Child Neurol.Suppl. 31, 1978.

WERBENJAK, E., STROTZKA, H.: Die Mutter des epileptischen Kindes.
Wien.Z.Nervenheilk. 6, 375-386, 1953.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: "Juvenile epilepsy".
Report of a study group.
Wld.Hlth.Org.techn.Rep.Ser.130, 1957

8. ANHANG

1. Fragebogen zum Anfallsgeschehen
2. Fragebogen zu personellen und sozialen Daten
3. Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (an die Eltern)
4. Fragen an das Kind
5. Ergebnisse im FPI für die Mütter
6. Ergebnisse im FPI für die Väter

Pat.-Nr. ..... Datum: .....

Fragen zum Anfallsgeschehen

Name: ..... Vorname: ..... geb : .....

Alter (Wochen) ..... männlich/weiblich .....

Schulart:

1. Volks-, ...
2. Sonder-, ...
3. Berufs- .....
4. Realschule, ...
5. Gymnasium .....
6. Schulleistungen:

   gut, ...

   durchschnittlich, ...

   unterdurchschnittlich .....
7. Schulabschluß: .....
8. Beruf: .....

ja / nein

9. Anfallskrankheiten in der Familie? ...../.....
10. Schwachsinn in der Familie? ...../.....
11. Geisteskrankheiten (Psychosen) i. d. Fam.? ...../.....
12. Verhaltensauffälligkeiten in der Familie? ...../.....
    (z.B. Alkoholismus, Sucht, Suicid , etc.)
13. Geburtsverlauf normal? ...../....
14. Zangengeburt? ...../.....
15. Vakuumextraktion? ...../.....
16. Sectio? ...../.....
17. Cyanose? ...../.....
18. Atemstillstand? ...../.....
19. Krämpfe? ...../.....
20. Ikterus? ...../.....
21. Angeborene Mißbildungen? ...../.....
23. Infektionskrankheiten des Gehirns? ...../.....
24. Meningitis? ...../.....
25. Encephalitis? ...../.....
26. Impfencephalitis? ...../.....
27. sonst. Infektionskrankheiten? ...../.....
28. Schädeltrauma? ...../.....
    Wann: ..... Lokalisation .....
29. Tumor? ...../.....
30. Degenerative Erkrankungen des Gehirns? ...../.....

ja / nein

31. Andere Erkrankungen?...../.....

32. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes:.....
(z.B. Einnässen, Einkoten, Nägelkauen, Stottern,.....
Nachtwandeln, Alkoholismus, Sucht, sexuelle .....
Auffälligkeiten).....

Entwicklung:

33. Laufen mit:.....

34. Sprechen mit:.....

35. Sauber mit:.....

36. Trocken mit:.....

37. Anfallsbeginn

Seit Geb.	-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	über 15

ja / nein

Anfallsart

38. Grand Mal...../.....

39. Schlaf-,...../.....

40. Aufwach-,...../.....

41. diffus...../.....

42. Propulsiv p.-m...../.....

43. Myoklon.-astat. p.-m...../.....

44. Pyknolept. p.-m...../.....

45. Impulsiv p.-m...../.....

46. Reflexep...../.....

47. Photoep...../.....

48. Oligoep...../.....

49. Gelegenheitskrämpfe...../.....

50. latente Ep...../.....

51. Jackson-Anfälle...../.....

52. Adversivkrämpfe...../.....

53. sensor. Anfälle und Auren...../.....

54 psychomotor Anfälle...../.....

55. Vor den obengenannten Anfällen noch andere?...../.....

Welche .....Beginn.....

56. Anfallsabfolge

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

57. Häufigkeit der Anfälle (Anfall/Monat)

	0	1	2	3	4	5-10	11-20	mehr
vor d. Beh.								
nach d. Beh.								

Abhängigkeit der Anfälle von: ja / nein

58. Alkohol?...../.....
59. Müdigkeit?...../.....
60. Schlafentzug?...../.....
61. Aufwachen...../.....
62. Aufregung?...../.....
63. Menses?...../.....
64. Tag (wach)?...../.....
65. Nacht (Schlaf)?...../.....
66. opt. Reize?...../.....
67. akust. Reize?...../.....
68. Sonstiges?...../.....
69. Medikamentöse Behandlung?...../.....
70. Medikament:.....
Dosierung:.....
.....
.....
Seit wann?.....
71. Nebenwirkungen:...../.....
Welche:.....
.....
.....

EEG-Befund

72. Allg. Veränderungen.....
73. Krampfpotential.....
74. Herdbefund:.....
75. Lokalisation:.....
rechts:.....links:.....
beide Seiten:.....

psych. Veränderungen

76. Vermehrte Reizbarkeit...../.....
77. Verlangsamung...../.....
78. Wesensveränderung...../.....
79. Demenz...../.....

Pat.-Nr. ..... Datum: .....

Fragen zur Eltern - Kind - Beziehung an die Eltern

	ja / nein
1. Müssen Sie wegen Ihres Kindes manchmal auf Vergnügungen verzichten?	/
2. Glauben Sie, daß die Eltern anderer Kinder glücklicher sind?	/
3. Stören Sie gewisse Wesenszüge an Ihrem Kind besonders stark?	/
Welche?	
4. Befürchten Sie, daß die Krankheit Ihres Kindes Ihrem Ansehen schadet?	/
5. Haben Sie mitunter eine ausgesprochene Abneigung gegen das Kind?	/
6. Haben Sie manchmal Gedanken, die andere nicht wissen dürfen?	/
7. Glauben Sie, daß Ihr Mann (Ihre Frau) das Kind genau so lieb hat wie Sie?	/
8. Meinen Sie, daß Ihre Erziehungsprobleme größer sind als die anderer Eltern?	/
9. War das Kind erwünscht?	/
10. Kommt Ihnen manchmal der Gedanke, daß Sie Ihr Kind zu wenig lieben?	/
11. Glauben Sie, daß Sie für die Krankheit Ihres Kindes mitschuldig sind?	/
12. Haben Sie Angst um Ihr Kind, wenn es allein ist?	/
13. Gibt Ihnen Ihr Kind öfter patzige Antworten?	/
14. Glauben Sie, daß eine leichte Erkrankung für Ihr Kind gefährlicher ist als für andere Kinder?	/
15. Sorgen Sie sich besonders um die Zukunft Ihre Kindes?	/
16. Träumen Sie manchmal, daß Ihrem Kind ein Unglück zustößt?	/
17. Arbeiten Sie aktiv bei karitativen oder sozialen Organisationen mit?	/
18. Taten Sie das schon vor der Geburt Ihres Kindes?	/
19. Passiert es Ihnen manchmal, daß Sie Ihr Kind ohne einen ersichtlichen Grund maßregeln?	/
20. Glauben Sie, daß Ihr Kind mehr Liebe und Fürsorge braucht als andere Kinder?	/
21. Wird von Ihnen besonders viel Rücksicht auf das Kind genommen?	/
22. Ist Ihr Kind selbstständig genug für sein Alter?	/
23. Glauben Sie, daß Ihr Kind mehr an Ihnen hängt als an Ihrem Mann (Ihrer Frau)?	/
24. Ist das Kind besonders ungezogen?	/

A

ja / nein

25. Erziehen Sie Ihr Kind wegen der Krankheit nachsichtiger? ...../.....
26. Ist das Kind manchmal aufsässig? ...../.....
27. Hat Ihr Kind viele Freunde? ...../.....
28. Hat Ihr Kind Kontaktschwierigkeiten? ...../.....
29. Erfüllen Sie Ihrem Kind nach Möglichkeit jeden Wunsch? ...../.....
30. Stellen Sie Ihrem Kind gern andere Geschwister oder Kinder als Vorbild hin? ...../.....
31. Ist Ihr Kind besonders anhänglich? ...../.....
32. Würden Sie Ihr Kind in eine Jugendgruppe eintreten lassen? ...../.....
33. Kann sich Ihr Kind unter Gleichaltrigen durchsetzen? ...../.....
34. Ist Ihr Kind zurückhaltender als andere Kinder? ...../.....
35. Ist Ihr Kind manchmal unfolgsam? ...../.....
36. Zerstört Ihr Kind manchmal absichtlich irgendwelche Gegenstände? ...../.....
37. Loben Sie Ihr Kind bewußt häufig? ...../.....
38. Schreckt Ihr Kind manchmal nachts auf? ...../.....
39. Geht oder ging Ihr Kind in den Kindergarten? ...../.....
40. War das Kind eifersüchtig auf die Geburt von Geschwistern? ...../.....
41. Ist in Ihrer Familie die Mutter vorwiegend für die Erziehung der Kinder verantwortlich? ...../.....

Pat.-Nr.: ..... Datum: .....

Fragen zu personellen und sozialen Daten

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Religion: ev.-luth. ..... röm.-kath. ..... freik. .....

Berufsausbildung: .....

		ja/nein
1.	Ist die Mutter berufstätig?	/
	Wohnen Sie in:	
2.	eigenem Haus?	/
3	Eigentumswohnung?	/
4	Mietwohnung?	/
5.	Wohnblock?	/
6.	Notunterkunft?	/
7.	Lager?	/
8.	Zahl der Zimmer ohne Küche und Bad: 1 2 3 4 5 mehr	
9.	Wohnen Sie in einer Wohnsiedlung oder einem Vorort?	
10.	Leben Sie von Ihrem Ehepartner getrennt?	/
11.	Ist Ihre Familie vollständig?	/
12.	Ist Ihre Ehe geschieden?	/
13.	Ist das Kind unehelich?	/
14	Ist es ein Stiefkind der Mutter?	/
15	Ist es ein Stiefkind des Vaters?	/
16	Ist es ein Adoptivkind?	/
17.	Haben Sie andere kranke Kinder?	/
18	Hat das Kind Stiefgeschwister?	/
19	Zahl der Kinder: 1 2 3 4 5 mehr	
20.	Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe: 1. 2. 3 4 5	
21.	Wieviele Kinder leben in der Wohngemeinschaft (Haushalt)?	
22	Alter des Kindes bei Trennung oder Scheidung?	
	Wohnt das Kind bei:	ja/nein
23	Eltern?	/
24	Vater?	/
25.	Mutter?	/
26.	Großeltern?	/
27	Anderen?	/
28.	Wohnen noch andere Angehörige in der Wohngemeinschaft? (Oma, Opa, Tante etc.)	/

ja / nein

29. Gehen Sie in die Kirche? ..... /

häufig: ..... selten: ..... nie

30. Würden Sie Ihre Kinder auf eine höhere Schule schicken? ..... /

Wenn nein, aus: .....

31. finanziellen Gründen .....

32. persönlichen Gründen .....

33. anderen Gründen .....

34. Halten Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung für notwendig? ..... /

f. Mädchen? ... ja ... nein .....

f. Jungen? ... ja ... nein .....

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Nachbarn? .....

35. Zu allen gut? ..... /

36. Normal? ..... /

37. Teilweise gespannt? ..... /

38. Schlecht? ..... /

39. Kein Kontakt? ..... /

Was lesen Sie?

40. Tageszeitungen? ..... /

regional: ..... überregional: .....

41. Wochenzeitung? ..... /

42. Illustrierte? ..... /

43. "Groschenhefte?" ..... /

44. Lesen Sie Bücher? ..... /

Welche? ..... /

45. Streiten Sie sich im Beisein Ihrer Kinder? ..... /

häufig: ..... selten: ..... nie: .....

46. Haben Sie nach Meinungsverschiedenheiten schon einmal an Scheidung Ihrer Ehe gedacht? ..... /

47. Haben Sie mit Ihrem Ehepartner schon einmal ernsthaft über Scheidung Ihrer Ehe gesprochen? ..... /

Pat.-Nr.: ..... Datum: .....

Fragen an das Kind:

Name: ..... Vorname: ..... geb. .....

	ja / nein
1. Manchmal fühle ich mich wegen meiner Krankheit benachteiligt	/
2. Manchmal weiß ich nicht, wofür ich eigentlich bestraft werde	/
3. Ich schäme mich manchmal wegen meiner Krankheit	/
4. Ich glaube manchmal, daß meine Mutter mich nicht genügend lieb hat	/
5. Ich darf mir alle meine Freunde selbst aussuchen	/
6. Ich werde von meinen Lehrern oft wegen Unaufmerksamkeit ermahnt	/
7. Ich habe manchmal das Gefühl, daß einige Kinder nicht mit mir spielen möchten	/
8. Die meisten meiner Spielkameraden sind jünger als ich	/
9. Manchmal zanke ich mich mit meinen Geschwistern oder anderen Kindern	/
10. Ich darf alle meine Freunde zum Spielen mit nach Hause bringen	/
11. Ich habe einen Spitznamen	/
Welchen: ..... Warum:	/
12. Ich nehme regelmäßig am Turnunterricht teil	/
13. Ich gehe gern zur Schule	/
14. Ich bin den meisten meiner Mitschüler überlegen	/
15. Ich darf Roller (Fahrrad) fahren	/
16. Ich richte mich beim Spielen meistens nach meinen Freunden	/
17. Meine Eltern erfüllen mir jeden Wunsch	/
18. Manchmal wird einfach zu viel von mir verlangt	/
19. Meistens spielen wir das Spiel, das ich gern spielen möchte	/
20. Manchmal behandeln mich meine Eltern wie ein kleines Baby	/
21 Manchmal sehe ich nicht ein, weshalb mir meine Eltern etwas verbieten	/
22. Ich habe manchmal das Gefühl, alle haben etwas gegen mich	/
23. Manchmal möchte ich ganz allein auf einer einsamen Insel sein	/
24. Ich bin ab und zu ungezogen	/
25. Manchmal glaube ich, daß mein Vater nicht genügend lieb zu mir ist	/

ja / nein

26. Manchmal mache ich mit Absicht etwas kaputt...../....
27. Ich habe manchmal ohne jeden Grund Angst...../....
28. Manchmal bin ich ungezogen...../....
29. Ich möchte mein Leben lang zu Hause bleiben...../....
30. Es macht mir manchmal Spaß, jemanden zu ärgern...../....
31. Ich habe manchmal das Gefühl, daß meine Eltern meine Geschwister lieber haben als mich...../....
32. Ich gebe manchmal eine freche Antwort...../....
33. Manchmal möchte ich von zu Hause weglaufen...../....
34. Wenn ich wütend bin, möchte ich am liebsten alles um mich herum kaputtschlagen...../....
35. Ich werde oft wütend...../....
36. Manchmal lüge ich...../....
37. Manche Lehrer sind netter zu mir als zu den anderen Kindern...../....
38. Wenn ich ärgerlich bin, schreie ich leicht jemanden an...../....
39. Weißt Du schon, was Du mal werden willst?...../....
40. Ich fühle mich oft krank...../....

	nicht ausgeprägt				sehr stark ausgeprägt
1) Gesellig	1	2	3	4	5
2) Setzt sich durch	1	2	3	4	5
3) Pedantisch	1	2	3	4	5
4) Lebensuntüchtig	1	2	3	4	5
5) Hat viele Freunde	1	2	3	4	5
6) Nimmt das Leben leicht	1	2	3	4	5
7) Jähzornig	1	2	3	4	5
8) Schüchtern	1	2	3	4	5
9) Selbstbewußt	1	2	3	4	5
10) Kameradschaftlich	1	2	3	4	5
11) Sparsam	1	2	3	4	5
12) Großspurig, Angeber	1	2	3	4	5
13) Leichtsinnig	1	2	3	4	5
14) Energisch	1	2	3	4	5
15) Ängstlich	1	2	3	4	5
16) Zielstrebig	1	2	3	4	5
17) Anspruchsvoll	1	2	3	4	5
18) Harmlos	1	2	3	4	5
19) Zurückhaltend	1	2	3	4	5
20) Mißtrauisch	1	2	3	4	5
21) Sensibel, empfindsam	1	2	3	4	5
22) Sympathisch	1	2	3	4	5
23) Arrogant	1	2	3	4	5
24) Häuslich	1	2	3	4	5
25) Beliebt	1	2	3	4	5
26) Intelligent	1	2	3	4	5
27) Kinderlieb	1	2	3	4	5
28) Unsicheres Auftreten	1	2	3	4	5

	Nicht ausgeprägt				sehr stark ausgeprägt
29) Kriminell	1	2	3	4	5
30) Egoistisch	1	2	3	4	5
31) Aufgeschlossen, interessiert	1	2	3	4	5
32) Einzelgänger	1	2	3	4	5
33) Hilfsbereit	1	2	3	4	5
34) Hat Selbstmordgedanken	1	2	3	4	5
35) Ausgeglichen	1	2	3	4	5
36) Ehrgeizig	1	2	3	4	5
37) Gefährlich	1	2	3	4	5
38) Spöttisch, ironisch	1	2	3	4	5
39) Spricht viel	1	2	3	4	5
40) Pflichtbewußt	1	2	3	4	5
41) Reizbar	1	2	3	4	5
42) Gutmütig	1	2	3	4	5
43) Bescheiden	1	2	3	4	5
44) Nervös	1	2	3	4	5
45) Aggressiv	1	2	3	4	5
46) Tyrannisiert andere gern	1	2	3	4	5
47) Versagt leicht	1	2	3	4	5
48) Primitiv	1	2	3	4	5
49) Religiös	1	2	3	4	5
50) Willensschwach	1	2	3	4	5
51) Traurig	1	2	3	4	5
52) Langsam, träge	1	2	3	4	5
53) Grausam	1	2	3	4	5
54) Launisch	1	2	3	4	5
55) Faul	1	2	3	4	5

Keine Epilepsie: ja: nein:

Stadt:

Beruf

selbständig: nicht

Auswertungsbogen

FPI

Gesamtform
Halbform A–B

Datum

Skala	Rohwert	Prozent	4	7	12	17	20	17	12	7	4		Streuung
		Standardwert	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Stanine	
FPI 1		**Nervosität** psychosomatisch gestört					54 %					psychosomat. nicht gestört	2,2
FPI 2		**Aggressivität** spontan aggressiv, emotional unreif						4,6				nicht aggressiv, beherrscht	2,2
FPI 3		**Depressivität** mißgestimmt, selbstunsicher						3,5				zufrieden, selbstsicher	2,1
FPI 4		**Erregbarkeit** reizbar, leicht frustriert						4,1				ruhig, stumpf	2,1
FPI 5		**Geselligkeit** gesellig, lebhaft						4,1				ungesellig, zurückhaltend	1,7
FPI 6		**Gelassenheit** selbstvertrauend, gutgelaunt				5,9						irritierbar, zögernd	1,5
FPI 7		**Dominanzstreben** reaktiv aggressiv, sich durchsetzend				5,4						nachgiebig, gemäßigt	1,8
FPI 8		**Gehemmtheit** gehemmt, gespannt					5,2					ungezwungen, kontaktfähig	1,8
FPI 9		**Offenheit** offen, selbstkritisch						4,3				verschlossen, unkritisch	1,9
FPI E		**Extraversion** extravertiert							3,3			introvertiert	1,3
FPI N		**Emot. Labilität** emotional labil					5,0					emotional stabil	2,1
FPI M		**Maskulinität** typisch männliche Selbstschilderung						4,0				typisch weibl. Selbstschildg	1,9
							5,7						
							54 %						

Proband Geschlecht Alter Testleiter Auswerter

Name Kenn-Nr. FPI - Mittelwerte der Mütter

N = 68

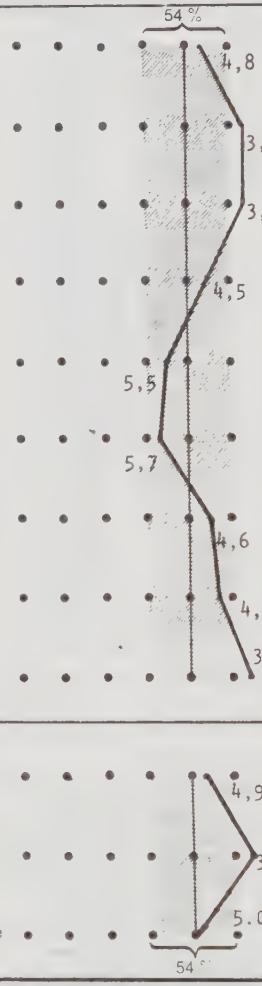
Auswertungsbogen

FPI

Gesamtform
Halbform A–B

Datum

Skala	Rohwert	Prozent 4 7 12 17 20 17 12 7 4 / Standardwert 9 8 7 6 5 4 3 2 1 / Stanine		Streuung
FPI 1		**Nervosität**	psychosomat. nicht gestört	1,6
		psychosomatisch gestört		
FPI 2		**Aggressivität**	nicht aggressiv, beherrscht	1,6
		spontan aggressiv, emotional unreif		
FPI 3		**Depressivität**	zufrieden, selbstsicher	1,9
		mißgestimmt, selbstunsicher		
FPI 4		**Erregbarkeit**	ruhig, stumpf	1,8
		reizbar, leicht frustriert		
FPI 5		**Geselligkeit**	ungesellig, zurückhaltend	2,1
		gesellig, lebhaft		
FPI 6		**Gelassenheit**	irritierbar, zögernd	1,5
		selbstvertrauend, gutgelaunt		
FPI 7		**Dominanzstreben**	nachgiebig, gemäßigt	2,1
		reaktiv aggressiv, sich durchsetzend		
FPI 8		**Gehemmtheit**	ungezwungen, kontaktfähig	2,2
		gehemmt, gespannt		
FPI 9		**Offenheit**	verschlossen, unkritisch	2,6
		offen, selbstkritisch		
FPI E		**Extraversion**	introvertiert	1,7
		extravertiert		
FPI N		**Emot. Labilität**	emotional stabil	1,9
		emotional labil		
FPI M		**Maskulinität**	typisch weibl. Selbstschildg	1,6
		typisch männliche Selbstschilderung		



Proband Geschlecht Alter Testleiter Auswerter

Name / Kenn-Nr. FPI - Mittelwerte der Väter

N = 22

©Copyright by Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe · Göttingen

Meine akademsichen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten in Marburg:

Bommer
Dimroth
Gedigk
Haan
Havemann
Hennis
Hering
Heuser
Janke
Kamke
Karlson
Koch
Korb
Mahr
Mann
Niemeyer
Pantke
Petry
Pfütz
Rohen
Rodeck
Rosemann
Saalfeld
Schiff
Schmid
Schmitz-Moormann
Seidel
Siegert
Voss
Walcher

LEBENSLAUF

Am 19. Juli 1943 wurde ich, Hartwig Keil, als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Friedrich Keil und seiner Ehefrau Ida Keil, geb. Gesenger, in Magdeburg/Elbe geboren. Ich war das neunte Kind unter fünf lebenden Geschwistern. Nach dem Kriegsende siedelten meine Eltern von Magdeburg nach Goslar am Harz über. Ostern 1950 wurde ich in die Schiller-Schule in Goslar eingeschult. Nach bestandener Aufnahmeprüfung wechselte ich 1954 auf das Ratsgymnasium in Gloslar. Am 28. März 1957 starb mein Vater nach einer schweren Erkrankung. Im März 1958 wurde ich konfirmiert. Am 26. Februar 1964 bestand ich die Reifeprüfung am Ratsgymnasium in Goslar. Am 2. März bis zum 30. April 1964 leistete ich ein Krankenpflegepraktium in den städtischen Krankenanstalten in Goslar ab. Da ich keinen Studienplatz in Medizin erhielt, studierte ich im SS 1964 das Fach Physik an der Philipps-Universität in Marburg. Zum 1. Oktober 1964 wurde ich zur Bundeswehr zur Ableistung des Grundwehrdienstes einberufen. Nach der Weiterverpflichtung auf eine Dienstzeit von zwei Jahren wurde ich am 30. September 1966 als Leutnant d. R. entlassen. Vom WS 66/67 bis zum SS 71 studierte ich in Marburg im Fachbereich Humanmedizin das Fach Zahnheilkunde. Auf dieses Fach wurde das SS 1964 angerechnet. Am 16. Juni 1971 bestand ich das Staatsexamen. Von September 1971 bis einschließlich April 1972 führte ich die Patientenbefragungen im Rahmen meiner Promotionsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipss-Universität durch. Am 2. Mai 1972 begann ich meine zweijährige Assistentenzeit bei Herrn Zahnarzt R. Schneider in Wolfenbüttel. Am 29. März 1974 heiratete ich meine Ehefrau Elke, geb. Wiebach. Seit dem 1. Mai 1974 bin ich als Zahnarzt in Goslar niedergelassen.

Am Ende dieser Arbeit möchte ich mich für die Überlassung des Themas, die großzügige Unterstützung und die Übernahme des Referates bei Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt bedanken.

Mein Dank gilt ebenso Herrn Dipl. Psych. G. Niebergall für seine Ratschläge, Anregungen und Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Herrn Dipl. Psych. Merschmann danke ich für die Durchführung der statistischen Berechnungen.

Für die Unterstützung bei den Patientenbefragungen fühle ich mich Schwester Ursel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbunden.